

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE LETRAS



**CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DA
ORGANIZAÇÃO MÉDICA NOS
TERRITÓRIOS DE ANGOLA, GUINÉ E
MOÇAMBIQUE
(1961-1974)**

RITA ALPIARÇA BARROCAS

Tese orientada pelo Prof. Doutor João Santos Ramalho Cosme,
especialmente elaborada para a obtenção do grau de Mestre em
História, na especialidade de História Militar.

2016



Rita Alpiarça Barrocas

**CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DA
ORGANIZAÇÃO MÉDICA NOS TERRITÓRIOS
DE ANGOLA, GUINÉ E MOÇAMBIQUE
(1961-1974)**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Letras da Universidade de Lisboa no
âmbito do 2.º Ciclo de Estudos em História
Militar (conducente ao grau de Mestre).

Orientador: Prof. Doutor João Cosme

Lisboa, 2016

Resumo

A presente dissertação pretende tratar-se de uma introdução/contributo para a compreensão da organização médica no Ultramar, durante a Guerra Colonial Portuguesa (1961-1974). O tema escolhido é um campo de investigação pouco desenvolvido, com uma bibliografia reduzida, dificultando assim a sua realização.

No campo militar, trata sobretudo normas e regras, que incluem não só tratamento como também organização, evacuação, e outros aspectos adjacentes. Para isso foram utilizadas fontes do Arquivo Histórico Militar Português, do Arquivo Histórico da Marinha, ambos situados em Lisboa.

Além disto serão ainda abordados dois tópicos de carácter especial: o Serviço de Saúde de Neuropsiquiatria e o emprego de Enfermeiras Pára-quedistas.

O estudo dos Serviços Cíveis recai sobretudo na sua organização e modo de funcionamento. Foram utilizadas informações presentes no Boletim Geral das Colónias e no Diário da República Portuguesa.

Palavras-chave: Saúde; Colonial; Militar;

Abstract

The current dissertation intends to be an introduction/contribute to the understanding of the Medical Organization in Ultramar, during the Portuguese Colonial war (1961-1974). The chosen subject is currently understudied and with low bibliography, making it difficult to find information.

In the Military field the present work it's mostly rules and regulations that include, not only the treatment, but also organization, evacuation and other adjacent aspects. For this were used sources found in the *Arquivo Histórico Militar Português*, in Lisbon. There will also be a special approach to two important topics: The Mental Health System and the use of Female Paratroopers.

For the civilian Health Services the same happened. To conquer the problem of sources it was mostly used the information in the *Boletim Geral das Colónias* and the Portuguese *Diário da República*.

Key Words: Health; Colonial; Military;

Abreviaturas

C. Trat. N. P. - Centro de Tratamento Neuropsiquiátrico do Exército.

CTIG – Comando Territorial Independente da Guiné.

EME – Estabelecimentos Militares de Ensino

FNLA – Frente Nacional de Libertação de Angola

I.M.T. – Instituto de Medicina Tropical

LMPQF – Laboratório Militar de Produtor Químicos e Farmacêuticos

MPLA – Movimento Popular de Libertação de Angola

PAIGC – Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde.

PULA – Partido Unido para a Luta por Angola

RMA – Região Militar de Angola

RMM – Região Militar de Moçambique

S.S.A. – Serviços de Saúde e Assistência

S.S.E. – Serviços de Saúde do Exército

S.P.T – Stress Pós-Traumático

T.O. – Teatros de Operações

UPA – União dos Povos de Angola

O.M.S ou W.H.O – Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization* em Inglês)

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu agradecimento a todos os que contribuíram para a elaboração deste estudo.

Ao Director do Mestrado em História Militar, o Prof. Doutor José Varandas. Ao General Adelino Matos Coelho, ao Director do Arquivo Histórico do Exército, ao Director do Arquivo Histórico da Marinha e à Doutora Isabel Beato, também do Arquivo Histórico da Marinha, e ainda à Doutora Ana Paula e ao Dr. Carlos Dantes. Agradeço ainda a Luís Graça por todas as fotografias disponibilizadas, e pela disponibilidade.

Aos meus colegas e amigo Edgar Teles, Hugo Rodrigues, Maria Flor, Patrícia Baptista, Ana Fialho, Luísa Candeias e a todo o pessoal da Biblioteca da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. À minha família, em particular aos meus pais e à minha avó.

The last but not the least, ao meu orientador o Prof. Doutor João Cosme, por me guiar durante esta viagem; pela sua disponibilidade, sugestões e indicações, sem as quais não seria possível terminar a presente Dissertação.

Introdução

Quando o ser humano se depara com uma situação de guerra, não é capaz de pensar em mais nada; a guerra abstrai-o do resto do mundo. No caso de Portugal, a Guerra de África marcou e transformou a vida de toda uma geração de combatentes e suas famílias. As marcas que os conflitos militares deixam na psique individual têm sido, e continuam a ser, alvo de diversos estudos por parte dos profissionais da área da saúde mental.

Sobre a Guerra de África são vários os trabalhos que abordam as dimensões políticas, estratégicas e logísticas. Porém, o estudo das instituições prestadoras dos cuidados de saúde durante o longo período de conflitos militares não mereceu idêntica atenção por parte dos investigadores. Por este mesmo motivo, não podemos olvidar o artigo “*Brevíssima História do Serviço de Saúde do Exército*” da autoria do Coronel Carlos Vieira Reis bem como “*Factos da Saúde Militar nos últimos 200 anos*” da autoria do Coronel Rui Pires Carvalho. Em estudos menos específicos encontra-se os trabalhos realizados pela equipa de investigação de História Militar responsável pelas Resenhas Histórico-Militares das Campanhas de África. Neste estudo foi abordada a organização dos S. S. nos três territórios em Análise bem como os serviços que cada um dispunha. Na realização do Colóquio de História Militar, realizado no ano de 2007, os S. S. foram igualmente alvo de abordagem, salientando-se o estudo intitulado “*Aspectos Sanitários da Guerra Colonial: 1961-1974*” da autoria do Coronel Carlos Vieira Reis e José Carlos Marques.

A existência de um reduzido número de trabalhos nesta área, está na base desta nossa opção. Foi por este motivo que escolhemos para tema da nossa dissertação de mestrado o estudo da *Organização Médica nos territórios de Angola, Guiné e Moçambique*, durante o período de 1961 a 1974.

Assim, a finalidade do presente estudo é a de explorar o modo e as condições em que os Serviços de Saúde funcionaram durante o período do conflito armado nestes territórios. O seu objecto concentrar-se-á na Organização Médica no Ultramar, bem como na sua dimensão adjuvante da componente bélica.

Tendo em consideração a conotação e a diversidade de perspectivas existentes nas abordagens dos problemas políticos, quando nos referirmos ao conflito utilizaremos a

expressão “Guerra de África”, já que em nosso entender é o mais neutral, permitindo concentrar a análise no objecto proposto.

Escolhemos como balizas cronológicas o ano de 1961. Seleccionou-se esta data para termo inicial por ter sido o ano em que ocorreu o primeiro acontecimento violento relacionado com o início dos conflitos armados. É também por esta altura que começam a surgir em maior escala órgãos administrativos e logísticos para apoiar os conflitos, forçando à alteração do modo de actuação dos Serviços de Saúde nos territórios em estudo.

Quanto ao término, a escolha recaiu no ano de 1974, pois que com a Revolução dos Cravos reconheceu-se a independência dos territórios ultramarinos e o consequente fim dos conflitos armados.

Em termos organizacionais, a presente dissertação está dividida em quatro capítulos.

O primeiro capítulo procura efectivar uma breve contextualização histórica, por ordem cronológica, de alguns acontecimentos políticos e militares tendo em vista o enquadramento da acção dos Serviços de Saúde; além das referências à evolução do conhecimento médico faz-se referência à organização em que esses mesmos cuidados se desenvolviam.

No segundo capítulo será estudada a organização e a implantação dos S. S. Militares. Os Serviços são divididos em duas secções: Órgãos de Direcção e Órgãos de Execução que controlam, e mantêm os serviços em correcto funcionamento. Irá abordar-se igualmente o modo como funcionam em campanha, na Evacuação (área que era da responsabilidade da Força Aérea) e na Hospitalização. Relativamente à Força Aérea escolheu-se focar o aspecto que mais caracterizou os Serviços de Saúde deste ramo das Forças Armadas; as enfermeiras pára-quedistas e o papel destas Força na Evacuação das baixas em combate. Isto deve-se, em primeiro lugar, ao facto de que, no que ao ramo da saúde diz respeito, a intervenção da Força Aérea foi especialmente importante no processo de evacuação e deslocação de baixas. A morfologia do terreno nos territórios africanos condicionava e, por vezes, impossibilitava a evacuação das baixas por via terrestre. A utilização do helicóptero como principal meio de evacuação destacou o caso Português dos restantes conflitos armados da sua época, com a utilização de um meio de transporte que até então era pouco utilizado em ambiente bélico. Por outro lado, considerou-se que a alteração legislativa mais significativa relativamente ao assunto em estudo terá sido o Decreto-Lei n.º43 663, que criava o primeiro quadro de enfermeiras

pára-quedistas, tornando Portugal num pioneiro na igualdade de género no seio das Forças Armadas. Merece ainda, neste capítulo, especial nota, a acção da Neuropsiquiatria em campanha e o tratamento adjacente a esta.

O capítulo terceiro trata os Serviços de Saúde da Marinha, cuja regulamentação era, inicialmente, distinta dos restantes serviços das Forças Armadas.

No capítulo quarto, tentaremos retratar a realidade dos Serviços de Saúde Cívicos que funcionavam em conjunto com os Serviços de Saúde das Forças Armadas.

Terminaremos apresentando de modo sintético e sistematizando as grandes linhas de força detectadas ao longo dos capítulos que acabámos de referir.

1. Contextualização Histórica

Os conflitos armados que poriam fim ao Império Português em África iniciaram-se há 55 anos. Decorria o ano de 1961. Esta guerra deslocou e armou mais de um milhão de portugueses e que marcou toda uma geração e seus familiares. É um acontecimento que ainda está presente no espírito e na memória dos portugueses.

É possível identificar diversas situações que ocorreram antes de 1961 e que contribuíram para a criação de um ambiente de tensão que levou ao início de conflitos armados. Estes resultavam, sobretudo, da situação política nacional e internacional. Vivia-se um momento de reconhecimento da necessidade de existência de uma política democrática derivada de uma consciencialização humanitária cada vez maior. Acrescia ainda a proximidade cronológica à II Guerra Mundial, o que contribuía para que existisse um esforço internacional no sentido da manutenção da paz e segurança, plasmado no acordo da NATO em 1949.

Além da libertação sistemática de colónias em África, podem salientar-se 5 factores relevantes para o início dos conflitos armados:

1. Em primeiro lugar estão as eleições de John F. Kennedy à presidência dos Estados Unidos e de Jânio Quadros à presidência do Brasil. Estas nomeações fizeram com que Portugal perdesse dois dos seus aliados.¹
2. A política internacional apoiava os Movimentos de Libertação africanos. Isto permitiu a formação de “grupos rebeldes” nas colónias portuguesas, que tinham como objectivo tornar independentes os territórios pelos quais lutavam.²
3. A ONU não aceitou a premissa, declarada por Portugal, de que os territórios portugueses em África eram províncias e não colónias.³
4. Portugal tinha uma política interna instável, bastante contestada, resultando num governo fragilizado.

¹ Sérgio BACELAR, *A Guerra em África 1961-1974: Estratégias Adoptadas Pelas Forças Armadas*, Liga dos Amigos do Museu Militar do Porto e Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto, 2000, p. 37.

² Ibidem.

³ Aniceto AFONSO, «A República Portuguesa e a questão Colonial», in *Revista Militar*, Lisboa, Agosto/Setembro, 2014, p.742.

5. A libertação de outras colónias africanas, alterava o panorama territorial, fragilizava as fronteiras e apresentava uma nova realidade às populações.⁴

A junção de todos estes factores originou o início dos conflitos militares. Primeiro apenas no território angolano, estendendo-se, posteriormente à Guiné (1963) e, por fim, a Moçambique (1964).

Segundo a linha de pensamento do Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), a data de início dos conflitos armados é o 4 de Fevereiro de 1961.⁵

Neste dia, durante a noite, ocorreram três ataques em simultâneo em Luanda. Estes foram realizados por 200 homens, divididos em grupos de cerca de 70 elementos cada. Os três locais escolhidos pelos grupos armados para o ataque foram:

1. A 7ª esquadra da Polícia de Segurança Pública Móvel;
2. A cadeia da PIDE no bairro de S. Paulo;
3. A Casa de Reclusão.

O MPLA reivindica estes ataques como seus e declara-os como a data de início do conflito armado em Angola. Apesar destas declarações, por parte do MPLA, alguns investigadores afirmam que este grupo estaria ainda em fase de afirmação já que apenas nascera em 1960, e não em 1956.⁶ É com base neste pressuposto, que os mesmos alegam que o MPLA não teria poder ou capacidade de acção para organizar logo em 4 de Fevereiro de 1961 estas acções. A explicação dada por Carlos de Matos e Aniceto Afonso, para a reivindicação por parte do MPLA é de carácter estratégico. Segundo os mesmos, a reivindicação deste ataque teria como consequência um efeito de reconhecimento público, algo que era importante para dar voz e força à sua causa. Para melhor dar a conhecer a posição destes autores, trazemos à colação um extracto do seu texto:

*“Mário de Andrade, Viriato da Cruz e Lúcio Lara, os dirigentes do MPLA da altura, perceberam imediatamente que tinham que reivindicar para o seu movimento a responsabilidade dos acontecimentos”*⁷

⁴ Este facto parece ter tido especial importância no caso da sublevação da baixa do Cassange que aconteceu em Janeiro de 1961.

⁵ Para um maior aprofundamento do assunto veja-se Carlos PACHECO, MPLA - *Um nascimento Polémico*, Vega, 1997.

⁶ Ibidem, p.19.

⁷ Carlos de Matos GOMES e Aniceto AFONSO, «1961: O princípio do fim do Império», in *Os anos da Guerra Colonial*, Cofina Media, Lisboa, 2009, p. 33.

Neste sentido, a hipótese que levantam é a de que, os ataques tivessem sido organizados pela União dos Povos de Angola (UPA). Segundo estes autores, os ataques teriam sido levados a cabo por vários pequenos grupos (MINA – Movimento para a Independência Nacional de Angola, PULA – Partido Unido para a Luta por Angola, MIA – Movimento Independentista Africano, Mac – Movimento Anti-Colonialista, entre outros)⁸. Estes seriam coordenados e orientados pelo padre Manuel das Neves, uma figura bastante conhecida em Luanda, e com suspeitas de ligação à UPA.

Nos dias que se seguiram aos ataques, continuaram a ocorrer conflitos por todo o território, incluindo o dia dos funerais das vítimas dos assaltos. Estas acções provocaram numerosas baixas humanas.⁹

Há, ainda, quem considere o 15 de Março como a data do começo efectivo dos conflitos armados. Tratou-se de um evento extremamente violento e com elevado número de baixas. A liderar estes acontecimentos estava a UPA. Este ataque teria começado a ser organizado após a independência do Congo Belga em Junho de 1960. A que se acrescenta que este grupo de libertação tinha ainda alguns outros factores a seu favor. Por um lado, a expulsão de angolanos do Congo Belga, levou a que estes fossem colocados, pelas autoridades portuguesas, em fazendas no norte de Angola. A partir daí, estes indivíduos tiveram um papel activo na divulgação dos ideais de libertação que traziam consigo do Congo Belga. Por outro, a publicidade oferecida pelo 4 de Fevereiro dava-lhes o reconhecimento e publicidade que necessitavam.

A data foi escolhida de forma a otimizar a capacidade de sucesso e obter vantagem sobre as forças portuguesas. O mês de Março é uma época de chuvas torrenciais, e as condições atmosféricas que proporcionava condicionavam a mobilização das forças militares portuguesas no terreno. O desconhecimento do terreno por parte das forças portuguesas também oferecia vantagem aos revoltosos. Estes conseguiam percorrer distâncias maiores e de forma mais rápida, utilizando o interior das matas angolanas, o que impedia a utilização de veículos e condicionava o avanço das tropas portuguesas no terreno.

Estavam no território, nesta data, 6500 homens dispersos, entre os quais apenas 1500 eram Europeus. Um efectivo militar bastante diminuto e sem uma logística para o

⁸ Ibidem.

⁹ Para uma maior compreensão da extensão dos conflitos que ocorreram nesta época, leia-se a cronologia da guerra colonial de José Brandão, onde se poderá ver em detalhe os acontecimentos, e respectivos mortos e feridos. José BRANDÃO, *Cronologia da Guerra Colonial: Angola-Guiné-Moçambique 1961-1974*, Prefácio – Edição de Livros e Revistas, Lda. 2008.

apoiar. O que dificultava as acções no terreno e complicava a sua missão de contra-insurreicção em Angola.

Inicia-se assim, definitivamente, a Guerra de África, com o propósito da independência, estendendo-se posteriormente à Guiné (1962) e a Moçambique (1964). As dificuldades do início da Guerra serviram como palco de aprendizagem e desenvolvimento para as forças portuguesas.

Por sua vez, a descolonização iniciou-se, oficialmente, a partir de 4 de Agosto de 1974. Em 25 do mesmo mês, é assinado o acordo de Argel, que dá a independência da Guiné. E a 7 de Setembro é assinada a independência de Moçambique em Lusaka. Em Angola, a situação foi menos pacífica uma vez que existiam vários movimentos de libertação a actuar no país, complicando a situação.

Relativamente às questões relacionadas com a área da saúde, também se assistiu a uma evolução muito significativa. Nos anos 60 e 70 do século XX surgiram, de um modo muito acentuado alguns tipos de doenças e perturbações de saúde que até ao fim da II Guerra Mundial (1939-1945) praticamente não se tinham feito sentir. Neste período, vulgarmente conhecido pela Segunda Era da Saúde Pública¹⁰, as doenças do foro mental aumentaram de modo muito significativo. Simultaneamente, a Ecologia Humana começou a valorizar o papel do modo de vida como variável independente; isto é, procura conhecer as relações e o impacto que as acções dos seres vivos têm no seu meio ao nível das condições de saúde e vice-versa.

A participação de soldados portugueses na Guerra colocou um número muito significativo de pessoas em início de vida activa num ambiente de conflito bélico e num espaço propício ao surgimento das doenças infecciosas, com especial relevância para o paludismo. A organização mundial de saúde (OMS), que entrou em funções em 1948, teve muita dificuldade em delinear estratégias eficazes de intervenção para o combate ao paludismo.

Ao nível das questões de saúde, pode dizer-se que estamos numa “fase de encruzilhada”, onde era cada vez mais importante não só atacar os problemas sanitários antigos mas também os novos problemas epidemiológicos. É neste enquadramento que em 24 de Novembro de 1960 foi publicado o *Decreto-Lei n.º 43 353*, que logo no seu

¹⁰ Vide, F. A. Gonçalves FERREIRA, *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1990, pp. 299-306.

preâmbulo explicita esta mesma concepção, segundo o qual estava «ultrapassada a fase, que poderíamos chamara histórica, da medicina ultramarina – que foi a de inventário das doenças exóticas e do estudo dos meios a utilizar para favorecer a aclimação tropical do europeu, diminuir a morbilidade das novas regiões e aumentar nelas a probabilidade de vida dos naturais».¹¹

Este Decreto-Lei criou a Direcção Geral de Saúde e Assistência no Ministério do Ultramar. Nele são estipuladas as funções e o modo do seu funcionamento. O seu conteúdo já tem subjacente uma visão holística ao nível da intervenção sanitária; isto é, tem em consideração que os serviços a adoptar são tanto médicos como sociais, aos quais acrescenta a cooperação ao nível do ensino e da investigação científica. Considerava-se a organização dos Serviços de Saúde do Ultramar, aprovada pelo D.L. n.º 34417, já se encontrava desadequada face aos novos conhecimentos e problemas.¹²

Um salto qualitativo do ponto de vista científico, em prol da melhoria da qualidade de saúde, seria dado em 1962 com a criação do curso Médico Cirúrgico nos «Estudos Gerais Universitários de Moçambique»¹³, assim como os «Estudos Gerais Universitários de Luanda»¹⁴, passando a denominar-se em 1968, respectivamente, Universidade de Lourenço Marques e Universidade de Luanda.

O ano de 1964 seria marcado por uma importante reforma ao nível dos Serviços de Saúde do Ultramar. O preâmbulo do diploma legal ajuda a perceber as razões bem como os intuítos desta mesma reforma. Dado a clareza do texto do referido documento, passamos a transcrever alguns excertos que julgamos mais significativos:

«Data de 21 de Fevereiro de 1945 a última reforma dos serviços de saúde do ultramar. O Decreto n.º 34 417, que a promulgou, é um diploma notável, que pôde impor um conjunto de ideias mestras, exigidas pela unidade e solidariedade nacionais (...).

(...) a reforma permitiu uma larga e fecunda acção sanitária, repetidamente reconhecida pelos organismos autónomos (...).

(...) o presente diploma justifica-se pela necessidade de actualizar, em diversos sentidos, as bases existentes, aproveitando a experiência entretanto havida. Elaborado à

¹¹ *Diário do Governo*, 1ª Série, 24.XI.1960, n.º 273, p. 2584.

¹² *Diário do Governo*, 1ª Série, 21.II.1945.

¹³ *Diário do Governo*, 1ª Série, 21.VIII.1962: D. L. n.º 44 530.

¹⁴ *Diário do Governo*, 1ª Série, 21.VIII.1962: D. L. n.º 44 530.

luz de situações sanitárias criadas por virtude do progressivo desenvolvimento das províncias em todos os sectores, tem como objectivo nova e adequada orientação das medidas indispensáveis á defesa e protecção da saúde, à melhoria das condições fisiológicas da população (...). O intuito é o de se acompanhar a transformação radical operada na época que vivemos na orgânica dos serviços de saúde, para que se integrem no ritmo acelerado da evolução que se observa por toda a parte e acolham, sem sobressalto, o que a experiência ulterior possa tornar praticável neste domínio.

(...) Novos meios de acção se estabelecem, e dentro deles, destacaremos:

a) Os que se ligam com os problemas de saúde pública, mormente os da educação sanitária, os da saúde escolar, os da higiene individual e colectiva, os da medicina do trabalho, os da profilaxia em larga escala, os da colaboração no saneamento e salubridade;

b) Os concernentes à assistência e na velhice, na maternidade e na infância, nos acidentes de trabalho e da circulação, nas doenças profissionais, na incapacidade e na recuperação;

c) Os que respeitam à saúde mental, à toxicomania, ao câncer, à alimentação e dietética racional».¹⁵

A nível legislativo, em 1967, foram feitas mais algumas alterações¹⁶, não tanto ao nível substantivo mas essencialmente ao nível organizacional. Era necessário adaptar e ajustar à realidade as propostas anteriormente apresentadas. Entre as alterações mais significativas, pode referir-se que a repartição médica passou a ser chefiada por um médico inspector e a repartição de saúde pública pelo director adjunto dos Serviços de Saúde e Assistência. Alguns serviços de combate a doenças endémicas foram dotados de autonomia administrativa, ao mesmo tempo que foram estabelecidas as suas normas de organização e funcionamento. O Chefe da repartição distrital de Saúde e Assistência passa a exercer as funções de director do Hospital da respectiva sede (há excepção de Luanda e Lourenço Marques). Estabelece ainda que, em cada zona deverá haver um hospital central que dispõe de unidades individualizadas e em cada região um hospital regional, e rectifica

¹⁵ *Diário do Governo*, Iª Série, n.º 19, 23.I.1964: D. L. n.º 44 541, p. 73.

¹⁶ *Diário do Governo*, Iª Série, n.º 105, 3.V.1967: D. L. n.º 47 667.

as normas de selecção de pessoal para os diversos cargos disponíveis nos Serviços de Saúde e Assistência.

Em 1969, seria feita uma profunda reorganização dos Serviços de Saúde e Assistência no Ultramar. O preâmbulo do diploma legal aprovado é bastante explícito ao reconhecer as alterações que ocorreram nos últimos anos, não só ao nível institucional mas sobretudo ao nível do conhecimento a respeito das doenças endémicas, com especial nota para a acção das instituições universitárias recentemente criadas. Dado a clareza do seu texto, passamos a transcrever algumas observações do mesmo:

«Volvidos cerca de vinte anos sobre a vigência daquele diploma [DL 34 417], entendeu-se necessário rever o funcionamento e a orgânica de alguns sectores dos serviços de saúde, no intuito de acompanhar o ritmo acelerado da evolução que se observa por toda a parte, prevendo-se, por outro lado, a entrada em funcionamento de novos serviços e departamentos especialmente ligados aos problemas da saúde pública, da assistência na doença, da invalidez e da incapacidade, bem como os relativos à preparação e formação de pessoal técnico de todos os ramos.

(...) A extensão da jurisdição da Ordem dos Médicos ao ultramar, a entrada em funcionamento das Universidades de Luanda e de Lourenço marques e da Escola Nacional de Saúde Pública e de medicina tropical e a necessidade de resolver os problemas criados pelas dificuldades verificadas no recrutamento do pessoal médico e paramédico impõem a revisão deste [DL 34 417] diploma»¹⁷

No que toca à assistência na doença, no ano de 1973, foi publicado o D. L. n.º 585/73¹⁸ que procurava equiparar as condições de assistência na doença dos militares às dos servidores do Estado (ADSE). A esta melhoria de condições proporcionadas pela via legal, acrescenta-se a inauguração da Casa de Saúde da Família Militar no H.M.P. (18.X.1973), tendo em vista a melhoria dos serviços de saúde prestados não só aos militares mas também às suas famílias.

¹⁷ *Diário do Governo*, 1ª Série, n.º 144, 21.VI.1969, p. 706: D. L. n.º 49 073.

¹⁸ *Diário do Governo*, 1ª Série, n.º 259, 6.XI.1973: D. L. n.º 585/73.

2. Serviços de Saúde Do Exército

2.1. Implantação e Organização dos Serviços de Saúde do Exército

Os Serviços de Saúde do Exército (S. S. E) têm uma longa tradição histórica. Apesar de criada 1850, pela Ordem do Exército n.º 16 de 19 de Março e n.º 54 de 25 de Novembro de 1850, uma **Repartição de Saúde no Estado-maior do Comando em Chefe do Exército** (com atribuições definidas pela Ordem do Exército n.º 34 de 11 de Julho de 1850, consistia apenas no “*personal da saúde, juntas da saúde, inspecções de hospitais, convalescenças, ambulâncias e Serviço de Saúde em campanha*”). Só com as reorganizações de 1911 foi criada a direcção do Serviço de Saúde Militar, que já não estava integrada em nenhuma repartição, e dispunha de uma certa autonomia.¹⁹

Durante as campanhas da Guerra de África, Portugal dispunha de um dos melhores Sistemas de Saúde da época, quando comparado com outras organizações militares. A este propósito, trazemos á colação uma observação de Carlos Vieira Reis:

*“A resposta dos Serviços de Saúde Militares Portugueses ficou entre as melhores dos conflitos pós Segunda Guerra Mundial”.*²⁰

Isto deve-se ao facto de durante os conflitos ter existido um aumento dos esforços na área da saúde nos territórios africanos, que se intensificou, sobretudo, nos primeiros anos das campanhas da guerra. As evidências podem ser observadas quando comparando as estatísticas portuguesas com as de outros conflitos da mesma época.

Para a época de 1961, os regulamentos de campanha em funcionamento eram ainda os que foram redigidos em 1956²¹, daí a necessidade da sua adaptação à realidade Três Teatros de Operações (TO) agora vigentes.

Em termos formativos, as FA não tinham uma vertente especializada no tipo de guerra subversivo. Salienta-se ainda o facto de, no início dos conflitos, o Exército estar desactualizado e com uma disposição logística preparada para um tempo de paz. A partir de 1956, e estendendo-se até 1959, começa a assistir-se a uma mudança.

¹⁹ Carlos REIS, «Brevíssima História do Serviço de Saúde do Exército», in *Revista Militar*, n.º 2455/2456, Agosto/Setembro, Lisboa, 2006, pp. 817-834.

²⁰ John P. CANN, *Contra-subversão em África: Como os portugueses fizeram a guerra em África 1961-1974*, Prefácio, Lisboa, 2005, p. 204.

²¹ PT/AHM/FE/040/0395: *Regulamento de Campanha. Serviços*. 1956.

Em 1956 é ponderada a possibilidade de reorganizar as Forças Armadas, incluindo o reposicionamento das forças militares para os territórios africanos. É entre 1958 e 1960 que surgem as reformas efectivas. Entre esta destaca-se a reforma geral do Exército, que incluí tanto uma mudança na organização como uma reestruturação interna.

*“ Eram reformas de todo o género, mas nas quais sobressaíam as relacionadas com a organização militar e com as de reestruturação das unidades de acordo com os novos quadros orgânicos de tempo de paz que estavam a ser estudados e a ser postos em execução ”.*²²

Esta reestruturação terá sido iniciada ainda em 1959, e teria à cabeça o então Ministro do Exército, Afonso Fernandes que fora nomeado para o cargo em 1958. No entanto, e apesar de ter sido iniciada antes da Guerra do Ultramar, algumas das alterações demoraram a ser implantadas, como é o caso, por exemplo, da Direcção do Serviço Histórico-Militar.²³

*“Um Liceu, em construção e ainda em esqueleto, foi o primeiro aquartelamento durante bastante tempo e para muitas unidades. As camas eram fardos de palha, as paredes panos de tenda, as panelas latas de combustíveis ou lubrificantes metalizadas na indústria local. Os sanitários eram valas a céu aberto e as agulhetas serviam de chuveiros ”.*²⁴

Nos primeiros anos da guerra em Angola, existiram inúmeras falhas que forçaram as Forças Militares a adaptarem-se e improvisarem os seus serviços e modos de actuação. Esta realidade afectava também o estado dos Serviços de Saúde. Além da falta de médicos, eram evidentes também os problemas de material e de instalações. O Dr. Alfredo Rasteiro, médico em Angola de 1961 a 1963, observou estes problemas *in loco*, tendo sido forçado a improvisar. Para melhorar ilustrar esta realidade, transcreve-se o seguinte trecho:

“Dispôr de um ou outro livro de Medicina Tropical, num sítio pelado e inóspito chamado «Pelo», não ajudava quatro dezenas de jovens que jaziam no chão com temperaturas axilares superiores a 39º, sem cama, sem tecto, sem cobertores que os livrassem do frio da noite, sem uma sombra amiga durante o dia, sem uma aragem que

²² Manuel Godinho REBOCHO, *Elites Militares e a Guerra de África*, Roma Editora, 2009, p. 112.

²³ *Ibidem*.

²⁴ Jorge da Costa Salazar BRAGA, «Angola 1961/63: Da Logística às Informações», in *Revista Militar*, n.º 2515/2516, Agosto/Setembro, Lisboa, 2011, p. 981.

os animasse, sem um helicóptero que os levasse para o Hospital civil de Carmona, ou para o Hospital militar do Negage, sem tendas, sem laboratório, sem nada.”²⁵

Deparando-se com estas condições, viu-se forçado a adaptar-se e utilizar o pouco de que dispunha de modo a aumentar a sua capacidade de acção, conforme outra nota sua:

“Com um microscópio de vidro Bausch & Lomb TM 9344, que trouxera da sanzala Piri em 22 de Maio de 1961, lâminas de vidro e soluções corantes May-Grunwald e Giemsa, distribuídas pelos Serviços de Saúde militar, improvisei um Laboratório”²⁶

São testemunhos como este que permitem compreender a situação precária que as tropas portuguesas encontraram em África e com as quais tiveram de lidar ao longo de todo o conflito (aliás como se verá mais à frente com o problema do Hospital de Evacuação do Luso).

²⁵ Alfredo RASTEIRO, «Registos Médicos: Norte de Angola, 1961-1963. O Serviço de Saúde Militar na comemoração do IV Centenário dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal, in *Actas do XVI Colóquio de História Militar*, Vol. II, Lisboa, 2007, p. 664.

²⁶ *Ibidem*.

2.2. Organização dos Serviços de Saúde

Desde o início da sua criação que os Serviços de Saúde do Exército eram responsáveis pela “*conservação dos efectivos*”²⁷ do exército. No entanto, as suas atribuições alteraram-se. Em 1961, as responsabilidades básicas dos S.S., segundo o Regulamento de campanha, eram: a prevenção da saúde e a recuperação dos feridos e doentes. Em termos administrativos e burocráticos, cabia-lhe propor e fazer aplicar as regras relativas a todas as áreas que influenciavam a saúde dos soldados, incluindo a higiene geral, a prevenção, a sanidade geral, hospitais e estruturas médicas.

Cabia ainda aos Serviços de Saúde do Exército:

1. Prever, preparar e fazer aplicar, medidas de higiene e profilaxia;
2. Socorrer doentes e feridos durante o estacionamento, marcha e combate;
3. A evacuação e levantamento dos feridos;
4. O saneamento do campo de batalha, que incluí o enterro e identificação dos mortos;
5. O tratamento da água que se destina às tropas;
6. O complemento de pessoal e material sanitário nas unidades sanitárias, e pequenas unidades;
7. Organização de documentação de doentes e feridos, e outros referentes que sejam considerados necessários.
8. Obter e distribuir material sanitário;

De modo a melhor compreender os S. S. E. é necessário ter-se em consideração os dois órgãos que o compõem e regulam:

1. Os Órgãos de Direcção;
2. Os Órgãos de Execução;

²⁷ PT/AHM/FE/040/0395: *Regulamento de Campanha. Serviços*. 1956.

2.2.1. Órgãos de Direcção

*“Os órgãos de direcção dos serviços, colocados junto do governo «recebem por intermédio do Ministério do Exército, as directivas e as ordens relativas ao emprego do respectivo serviço, competindo-lhes assegurar o seu funcionamento de acordo com as directivas e as ordens recebidas. Dependem directamente do governo.»”.*²⁸

Os Órgãos de Direcção são a base da estrutura do Serviço de Saúde. A sua aplicação é exclusivamente burocrática e organizacional. Representa-os um oficial do quadro dos oficiais médicos, e subdividem-se em vários órgãos com distintas responsabilidades, que trabalham em conjunto na criação e aplicação das leis.

Chefe do Serviço de Saúde

O chefe do Serviço de Saúde é oficial do Quadro de Oficiais Médicos. Pode, caso esteja a actuar como membro do comando da zona de operações, ter a designação de Director do Serviço de Saúde.

Cabe-lhe auxiliar o comandante no cumprimento das suas atribuições de comando, elaboração de planos e superintendência técnica. Tem a missão de informar o comando e o Estado-Maior no que diz respeito ao serviço de saúde, tanto no comando como nos territórios ocupados.

É ainda responsável por:

1. Tomar providências para a obtenção, armazenamento, distribuição, fornecimento e escrituração de material sanitário;
2. Fazer propostas para emprego e atribuição de tropas do serviço de saúde a unidades suas subordinadas;
3. Inspecção do serviço de alimentação (quando não é possível ao serviço veterinário);
4. Fiscalização do funcionamento dos serviços de evacuação e hospitalização, Medicina preventiva e unidades especiais;

²⁸ *Ibidem*, p. 43.

5. Elaboração de relatórios dos doentes e feridos;
6. Manutenção do material;
7. Em colaboração com a 2ª repartição, realizar exames técnicos relativos ao Serviço de Saúde do inimigo.

Abaixo do Chefe do Serviço de Saúde, encontra-se o **Director do Serviço de Saúde (D. S. S.)**, no comando chefe. Este exerce superintendência técnica em todo o serviço de saúde e TO e elabora planos de serviço e directivas gerais para a coordenação das actividades das quais depende o serviço de saúde. Ao mesmo tempo deve regular a actuação dos vários escalões.

O Chefe do Serviço de Saúde na zona de comunicações é membro do quartel-general do comandante. As suas funções dependem da extensão da administração a ele delegada, e da descentralização da zona de comunicações para o comandante.

Chefe do Serviço de Saúde do Exército tem função de oficial do quartel-general do comandante do Exército. Exerce a direcção operacional de todas as unidades sanitárias do exército (desde que não estejam subordinadas a outro comando). Esta repartição é constituída pelo chefe do serviço de saúde e o seu pessoal auxiliar, que compreende secções administrativas, de planos, de operações e instrução, medicina preventiva, de abastecimento, de pessoal, de documentação e de estatística sanitária.

Deve manter informados, o Estado-Maior e o Comando, relativamente às condições do serviço de saúde sobre o qual é responsável. Promove também a execução das decisões dos órgãos acima deste. Tem ainda como função:

1. Tomar a iniciativa de medidas para a prevenção e redução da morbilidade, e das percentagens de mortalidade, entre as forças do exército. Estas medidas são propostas ao comandante, e quando se referirem apenas a normas técnicas de profilaxia, assistência e tratamento de doentes e feridos, as instruções serão transmitidas directamente aos oficiais médicos de interesse.
2. Prestar conselho técnico ao comandante e ao estado-maior, no que diz respeito à instrução do Serviço de Saúde, à atribuição de reforços sanitários, bem como todas as outras áreas do Serviço de Saúde do qual o comandante é responsável.

3. Realizar inspecções técnicas de modo a assegurar que as directivas do comando estão a ser executadas.
4. Deve promover a obtenção, armazenagem e distribuição dos abastecimentos sanitários, e avaliar as necessidades de abastecimento.
5. Elaborar relatórios relativos a doentes e feridos, e fornecer esta informação aos outros serviços e órgãos (Como é o caso do Chefe do Serviço de Saúde).
6. Manter o Chefe do Serviço de Saúde informado acerca da situação sanitária do exército.

Chefe do Serviço de Saúde no Corpo do Exército é responsável por manter o comandante do Corpo do Exército informado sobre a situação sanitária de todas as divisões do corpo do Exército, e tudo o que possa influenciar nas operações tácticas.

é por norma o oficial médico mais graduado da divisão. Todas as suas atribuições e responsabilidades são funções de Estado-Maior. Deve manter informados o comandante da divisão e o Estado-Maior, quanto às condições e capacidade do Serviço de Saúde, auxiliando o comandante da Divisão no Exército nas suas funções. Esta repartição possui oficiais, sargentos e praças necessários para o auxílio na execução das suas funções.

É responsável, dentro da Divisão, pela prevenção e redução da morbilidade. Para o efeito deve melhorar as condições físicas, realizar medidas de prevenção de doenças, acidentes e lesões de combate (e da morbilidade a estas associada) e realizar registos das experiências do serviço de saúde.

Cabe-lhe ainda:

1. Prestar conselho técnico ao comandante da divisão para a instrução do pessoal responsável pela sanidade, e elaborar programas relativos a essa mesma instrução.
2. Obter, armazenar e distribuir o material sanitário da divisão. Estudar as necessidades deste abastecimento e apresentar ao comandante propostas convenientes para o abastecimento sanitário.

3. Elaborar relatórios relativos aos doentes e feridos e fornecer esta informação a outros oficiais, a quem o assunto interesse.
4. Realizar inspecções para se certificar que as instruções do comandante, em relação ao serviço de saúde, estão em curso.

Segundo a Resenha Histórico-Militar em Angola, os Órgãos de Direcção consistiam na Direcção e na Chefia do Serviço, que em Angola se encontravam instalados em Luanda²⁹, na Guiné em Bissau³⁰ e em Moçambique (a partir de 1970) em Nampula.³¹

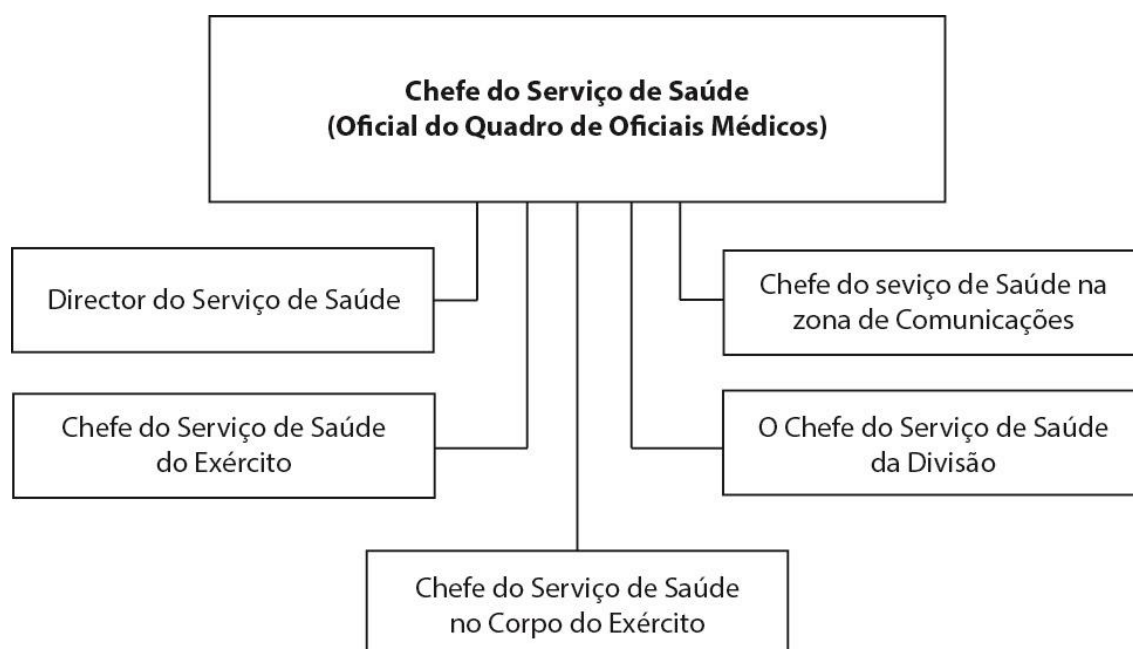


Figura 1 - Diagrama da nossa autoria. Esquema representativo dos órgãos de administração.

²⁹ [V.A] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, 2ª Edição, Vol.2, Lisboa, 1997.

³⁰ [V.A] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, 1ª Edição, Vol.3, Lisboa, 1989.

³¹ [V.A] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, 1ª Edição, Vol.4, Lisboa, 1989.

2.2.2. Órgãos de Execução

“Os órgãos de execução têm por missão promover o funcionamento dos serviços de acordo com as ordens e instruções técnicas dos órgãos de direcção a que estejam subordinados. Estes órgãos compreendem as unidades e instalações necessárias para assegurar não só a vida material das tropas, (reabastecimento, manutenção e evacuação), como a sua vida de relação”.³²

Os órgãos de Execução, tal como o nome indica, são os órgãos que “realizam a acção”, que fazem executar normas, leis e doutrinas avançadas pelos Órgãos de Direcção. No Regulamento de Campanha está previsto a existência de oito tipos de Órgãos de Execução instalados na zona de comunicação ou do exército, e dependentes do comando-chefe. São eles:

1. **Hospitais Gerais** – Com o objectivo de hospitalizar e proporcionar tratamento definitivo.
2. **Hospitais Temporários** – Com as mesmas funções dos Hospitais Gerais, mas apenas durante a fase de concentração ou de operações nas zonas a eles atribuídas.
3. **Centros convalescentes**
4. **Dispensários** – Para prestar assistência às tropas em regime de consulta externa, quando essa não possa ser realizada por um hospital da zona.
5. **Estações e Centros de Evacuação e Reabastecimento de material sanitário**
6. **Outros Órgãos**
 1. **Destacamento de Exército**
 2. **Corpo do Exército, Divisão, Destacamento Misto e pequenas unidades.**
 3. **Postos de Socorro**

³² *Ibidem*, p. 43.

Ainda segundo o regulamento em análise, durante campanhas militares é ditado que a base dos dispositivos móveis são os hospitais. Estes são divididos podem ser classificados em dois grupos distintos – móveis e fixos; originando assim dispositivos distintos e com funções e aptidões específicas à sua capacidade de acção. Geralmente os Hospitais Gerais e de Evacuação denominam-se como sendo fixos. Este género de hospitais tem um número definido de camas, estabelecido através da função:

1. Das necessidades previstas para a zona onde o hospital está inserido;
2. Do regime de Evacuação em funcionamento na área;
3. E média de admissões diárias previstas.

É estabelecido que o **Hospital Geral** deve ter capacidade de tratamento completo e definitivo para todo o tipo de doentes e feridos. Pela importância deste tipo de dispositivo no tratamento dos feridos de batalha, estes foram construídos nos três TO consoante as necessidades de cada território.

Os Hospitais de Evacuação podem ser primários ou Secundários. O **Hospital Primário de Evacuação** (Devendo existir 1 por divisão) destinava-se a hospitalizar todos os indisponíveis da zona de combate, e preparar para uma nova evacuação aqueles que necessitassem. O regulamento estabelece uma capacidade de 400 camas para este tipo de dispositivo. O Hospital Secundário de Evacuação teria as mesmas funções do primário e ainda servia para hospitalizar os excedentes do Hospital Primário, pois possuía uma capacidade superior, com 750 camas.

Os Hospitais móveis eram os **Hospitais Cirúrgicos** e destinavam-se ao reforço do Serviço de Saúde das divisões, sendo que por isso deveria existir 1 por cada divisão. Eram responsáveis por retirar os indisponíveis dos Postos de Socorros Divisionários, e preparar a sua evacuação para um Hospital de Evacuação. Deviam ainda assegurar o tratamento cirúrgico de urgência nos casos que assim o exigissem, no entanto tinham uma baixa capacidade (60 camas) e por isso hospitalizavam apenas os casos em que a evacuação do indisponível não pudesse ser feita em segurança (Estes casos tinham a designação de Casos não-transportáveis).

Os **Centros Convalescentes** recebem os indisponíveis dos hospitais e asseguram o seu tratamento de convalescença e reabilitação e têm uma capacidade bastante alta – 1.500 camas.

Existiam ainda, em número variável consoante as situações, os **Postos de Socorros**. Estes serviam para prestar assistência as tropas estacionadas na sua zona de acção. Era estipulado que, sempre que possível, fosse montados em casas, celeiros, adegas, etc. De modo a criar um espaço físico maior que proporcionasse uma sensação maior de segurança.

Fora do ramo médico, mas sob responsabilidade dos Serviços de Saúde existiam os Depósitos de Material Sanitário e o Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos (LMPQF).

O Depósito de Material sanitário era responsável pela manutenção de tudo o material. Tinha como missão aquisição, armazenagem e reabastecimento das unidades e dispositivos presentes nos territórios em que funcionava.

O depósito de material, destinado às unidades e tropas do S.S. devia ser montado pela companhia de depósito material sanitário do Exército. No entanto, cabe ao Director, e aos chefes do Serviço de Saúde de cada escalão, manter o abastecimento material de cada unidade.

A manutenção, numa guerra em que os recursos eram escassos, acabavam por ter um papel primordial, e era assegurada pela mesma companhia que deveria montar o depósito de material. O material que não era possível de ser reparado, deveria ser evacuado para a metrópole.

A evacuação do material seguia uma linha simples, sendo recolhido nos Postos de Socorros e, posteriormente, o que não fosse utilizado, era enviado para o depósito de material sanitário; aqui o material era avaliado e, o que estivesse em condições era distribuído.

Apesar das normas estipuladas, de modo a manter o bom funcionamento dos serviços, a realidade prática mostrou-se diferente da teórica. A escassez de recursos de que Portugal disponha não conseguia dar vazo às necessidades dos Serviços de Saúde, resultando numa debilidade em relação ao material que se verifica em inúmeros relatórios e depoimentos, tal como já foi referido.

Já o LMPQF tinha a responsabilidade de auxiliar as unidades e dispositivos em artigos sanitários (pensos, medicamentos, acessórios, etc.) como de artigos químicos e pesticidas.

2.2.3. Unidades Sanitárias dos Serviços de Saúde

O Regulamento em Campanha do Exército³³ prevê a existência de Destacamentos e Pelotões sanitários, com funções variáveis, consoante o Regimento ou Unidade em que estejam inseridos.

Para os **Regimentos de infantaria e Batalhão de Caçadores**, é dito que cada deverá haver um **pelotão sanitário** em cada batalhão de regimento. Este é responsável por montar um Posto de Socorros e fornecer elementos para o levantamento de feridos, transporte e evacuação (Este pelotão tem uma secção de transportes para este ultimo designo). Nos postos de Socorros de batalhão o indisponível é preparado para a evacuação para o Posto de Socorros do regimento, uma vez que este tem uma maior capacidade que os pelotões sanitários dos batalhões, pode reforça-los em maqueiros.

É nos Postos de Socorros de Regimento, que é assegurado o tratamento aos indisponíveis vindos da frente de batalha. Aqueles cujo tratamento não seja possível de realizar naquele estabelecimento são evacuados. Neste local é dada especial atenção aos problemas do foro neurológico; aqui são identificados os casos reais de neuropsiquiatria, mas não são tratados, apenas lhes é aplicado um sedativo para uma evacuação posterior.

Os Batalhões em reserva só deveriam montar Postos de Socorros quando não existisse um, nas proximidades, que os possa servir. Por outro lado, quando numa posição avançada no TO, tanto os batalhões como os regimentos, só devem montar um Posto de Socorros seu, se se exigir que mantenham a posição.

Nas **unidades de Artilharia** não deveria haver um pelotão mas sim um **destacamento sanitário**. Este destacamento tinha a mesma missão que o pelotão – o de estabelecer um Posto de Socorros. A evacuação de elementos desta unidade pode ser feita quer por enfermeiros, quer pelo pessoal dos Postos de Socorros ou pelos próprios

³³ PT/AHM/FE/040/0395: *Regulamento de Campanha. Serviços*. 1956.

companheiros. Os indisponíveis dos Postos de Socorros das Unidades de Artilharia são, posteriormente evacuados para os Postos de Socorros das grandes Unidades ou para um hospital de evacuação nas proximidades.

As unidades de Cavalaria são divididas em dois grupos: Os grupos de **carros de combate e anticarro**, e os grupos de **carros de combate e reconhecimento**. O primeiro possui um pelotão sanitário, responsável por montar o Posto de Socorros da unidade, enquanto o segundo possui um destacamento sanitário (com a mesma missão).

O **Batalhão de Engenharia** tem um destacamento sanitário cujas funções são condicionadas pela missão do batalhão. Por vezes o batalhão de engenharia é separado, condicionando a capacidade do destacamento sanitário da unidade, que tem dificuldade em apoiar os elementos disseminados. Por essa razão, os elementos das unidades de engenharia podem recorrer aos Serviços de Saúde de outras unidades nas proximidades. Os postos de Socorros destas engenharias estabelecem-se geralmente junto à zona do comando do batalhão. Apenas nas “missões de combate” o destacamento funciona de forma idêntica às Unidades de Infantaria, com a exceção de que, quando em combate, e por terem um quadro reduzido, é necessário um reforço em maqueiros.

As companhias das **Unidades dos Serviços** não possuem um elemento sanitário próprio. A assistência é assegurada por um Posto de Socorros designado para a situação. Se as companhias forem agrupadas em batalhões, os destacamentos sanitários dos batalhões passam a ser responsáveis pela assistência sanitária.

Serviço de Saúde na Divisão tem um **batalhão sanitário**. Este seria organizado de modo a conseguir montar entre um a três Postos de Socorros e evacuar indisponíveis dos Postos de socorros das pequenas unidades independentes até aos Postos de Socorros da Divisão. Estes constituíam a instalação divisionária principal de assistência neuropsiquiátrica. Junto a estes encontra-se, normalmente, um hospital cirúrgico móvel.

No Corpo do Exército, a companhia **Sanitária do Corpo do Exército** tem as mesmas atribuições do batalhão sanitário de divisão, e é responsável por assegurar o tratamento até à recuperação dos indisponíveis, ou pela sua evacuação/transferência para zonas de comunicações. Pode montar Postos de Socorros de modo a assegurar a assistência sanitária de unidades que estacionem na sua zona.

2.3. Funcionamento do Serviço de Saúde do Exército em Campanha

De acordo como regulamento em campanha, os Serviços de Saúde têm modos de operação diferentes, adaptadas a três tipos de situações:

1. Acções ofensivas;
2. Acções defensivas;
3. Épocas calmas.

Para cada uma destas situações estão previstas normas de funcionamento e execução que devem ser levadas a cabo pelas unidades sanitárias. Relativamente às normas gerais dos S.S.E é dito o seguinte:

1. De modo geral, o pessoal S.S.E. tem instrução especial para o desempenhar das suas funções. Todos estão sob tutela de um oficial médico.
2. Este pessoal tem como função única o transporte e tratamento dos feridos e doentes. (A sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha surge como um órgão auxiliar ao Serviço de Saúde do Exército. Sendo dito o seguinte: *“A sociedade portuguesa da Cruz Vermelha, também pode auxiliar os Serviços de Saúde em campanha. Esta servirá para reforçar no tratamento dos doentes e feridos (em especial quando se trata de prisioneiros de guerra, civis inimigos ou populações deslocadas).”*³⁴
3. Todos os militares devem transportar um penso individual para primários socorros.
4. Prisioneiros de guerra feridos, ou doentes, com necessidade de tratamento urgente têm tratamento igual ao das tropas portuguesas (ou aliadas).

³⁴ *Ibidem.*

5. Quando for necessário, civis, podem ser socorridos e evacuados pelos Serviços de Saúde do Exército, havendo, no entanto, uma prioridade para os soldados.

Os serviços de Saúde são chamadas a intervir (em locais onde exista conflito armado) sempre que existam feridos.

1. O primeiro passo da responsabilidade dos S.S.E. é a recolha/evacuação de feridos. Este, segundo as normas consultadas, é efectuado pelos órgãos sanitários das pequenas unidades.

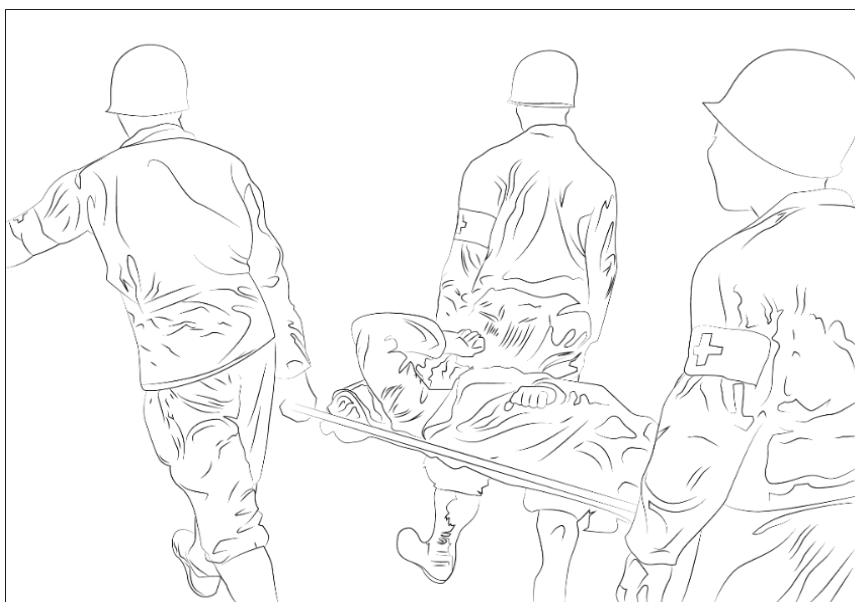


Figura 2 - Evacuação/ Transporte dos feridos, do campo de batalha para um dispositivo médico.
(Figura ilustrativa da autoria de Hugo Rodrigues)

2. Em seguida, nas enfermarias ou Postos de Socorro dá-se a chamada “reunião dos indisponíveis”, onde feridos e doentes são reunidos e contabilizados.



Figura 3 - Reunião de Feridos e Doentes. (Figura Ilustrativa feita por Hugo Rodrigues).

3. A terceira fase consiste na triagem dos Indisponíveis. A triagem é o processo através do qual os feridos são divididos por categorias e urgência. As categorias podem ser: Feridos ligeiros, de rápida recuperação ou graves.



Figura 4 - Feridos à espera da evacuação para Bissau. Foto de Raul Albino (2008) e cedida pelo blogue de Luís Graça.

4. O último passo consiste novamente na evacuação, esta feita para um Posto de Socorros ou enfermaria que se encontre na retaguarda, num local mais afastado dos conflitos, assim mantendo a capacidade dos dispositivos que se encontram mais perto da zona de acção.³⁵



Figura 5 Transporte de feridos em evacuação. Foto Alberto Pires e Jorge Félix (2009) Foto cedida pelo blogue de Luís Graça.

Eram estas as normas gerais em vigor. No entanto existiam ainda normas específicas para cada situação particular.

Na **Ofensiva**, os Serviços de Saúde tinham de ter em conta a densidade das baixas, e o avanço em campo inimigo (a velocidade do avanço, o terreno percorrido, etc). Por essa razão, numa situação de ataque, os S.E. deviam ser capazes de avaliar cada situação e adaptar-se a ela convenientemente.

Numa situação deste tipo a mobilidade é um dos factores essenciais, razão pela qual, a localização dos Postos de Socorros, tanto de batalhão como de regimento, depende da “*necessidade de apoio das zonas de densidade de perdas do ataque, isto é, segundo o eixo de esforço de unidade.*”³⁶

A evacuação é realizada pelas tropas sanitárias de apoio e não pelos pelotões sanitários (estes são apenas responsáveis pela evacuação destes dos Postos de Socorros

³⁵ Para mais pormenores, veja-se o sub-capítulo referente à evacuação.

³⁶ PT/AHM/FE/040/0395: *Regulamento de Campanha. Serviços*, 1956, p. 55.

do batalhão para Postos da retaguarda, que são geralmente os Postos de Regimento). Neste caso, a reunião dos indisponíveis é da responsabilidade dos comandantes.

Na **Defensiva** é formulado que as reservas sanitárias devem ser proporcionais às reservas locais e gerais. A localização dos dispositivos médicos deve basear-se na premissa de que uma posição deve ser mantida. Por essa razão, as estruturas são montadas em locais que permitam diminuir a necessidade de deslocamento. Localizam-se, geralmente, mais à retaguarda do que nas situações de ofensiva. Quando há necessidade de deslocamento, este é feito lateralmente e em coordenação com o plano tático dos regimentos.

Neste tipo de operações há uma preocupação especial em fazer com que o fluido de evacuação se mantenha fluido. Um atraso neste serviço faz com que se atinja “proporções consideráveis” de indisponíveis nos Postos de Socorros, condicionando as capacidades dos mesmos.

Em **Movimentos Retrógrados**, as normas são, em geral, idênticos aos da ofensiva e defensiva. As instalações são progressivamente deslocadas para a retaguarda, de modo a manter a corrente de evacuação.³⁷ Os elementos da unidade sanitária da divisão são regulados geralmente pelos comandantes subordinados. Para manter a sua mobilidade em campo, necessita de um sistema de evacuação regular. Em circunstâncias deste tipo, se fosse necessário, o comando pode decidir abandonar os feridos, mas era obrigado a deixar com este pessoal e material sanitário adequado.

Para situações de **marcha**, ao longo de todo o itinerário, o pessoal sanitário é responsável por prestar os primeiros socorros médicos. O destino de cada indisponível depende do seu estado e condição geral. Os que forem capazes de continuar a marcha reúnem-se na unidade. Caso necessitassem de cuidados eram aliviados do seu equipamento ou recolhidos por uma viatura. Caso não fosse necessário transportar o indisponível, o seu equipamento poderia ser transportado numa automaca de acompanhamento ou distribuído pelos companheiros. Se não conseguisse continuar a marcha, o indisponível, era transportado numa maca ou viatura.

De modo a estabelecer um **acampamento** era necessário ter em conta as facilidades oferecidas pela localização (abastecimento, rotas, etc), e também o pessoal sanitário para

³⁷ Postos de Socorro (P.S) de Batalhão – P.S. de Regimento – P.S. Divisão.

a assistência e tratamentos de doentes. Terá de se ter em consideração que qualquer unidade pode chegar ao acampamento trazendo consigo feridos ou doentes que exijam assistência ou tratamento imediato.

*“A assistência provisória e o tratamento eventual dos doentes e feridos devem ser empreendidos imediatamente no local para onde foram conduzidos, em conjunto, os indisponíveis e os elementos do Serviço de Saúde, sem olhar às facilidades a que se possa recorrer.”*³⁸

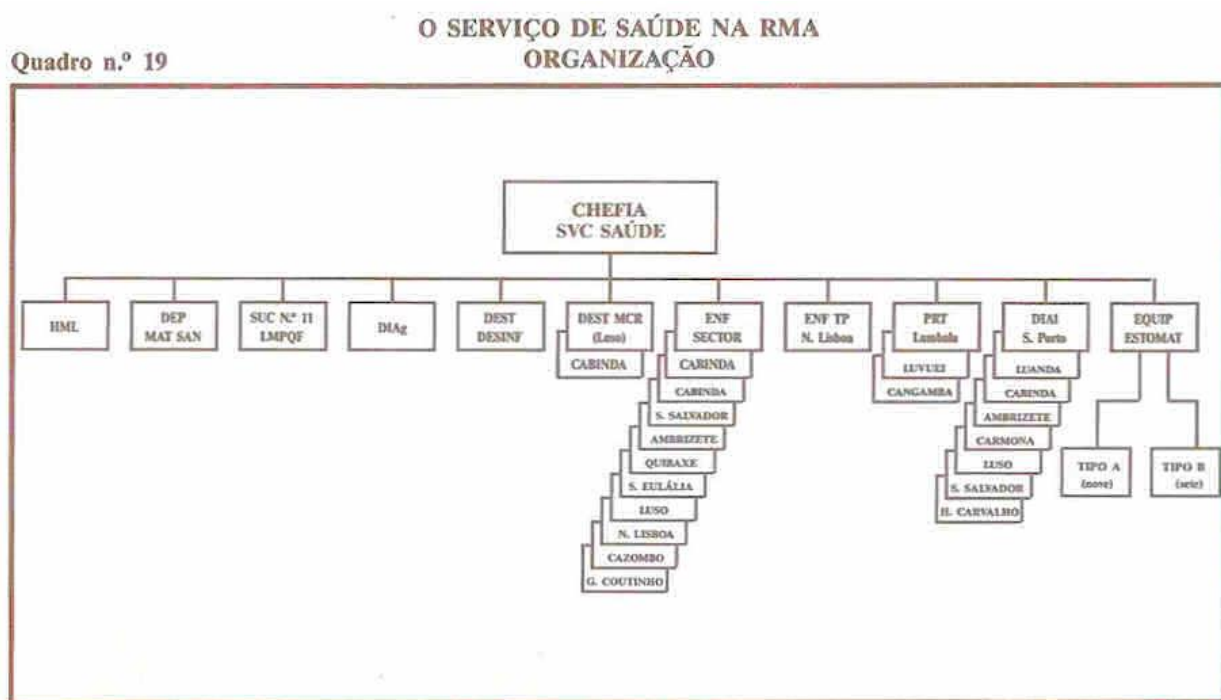
Deve estabelecer-se um **Hospital temporário** nas proximidades imediatas de cada acampamento. A sua localização depende da localização dos pelotões e dos destacamentos sanitários.

Sempre que possível, a superintendência de todos os elementos sanitários recai sobre o chefe do serviço da unidade.

Nos **bivaches** (abrigo improvisados ou tendas de campanha) os pelotões ou destacamentos poderão encontrar-se junto à sua unidade. Pode ocorrer, ou não, a instalação de uma enfermaria regimentar que pode servir um ou mais batalhões além do próprio comando.

³⁸ PT/AHM/FE/040/0395: Regulamento de Campanha. Serviços, 1956, p. 55.

2.3.1. Serviço de Saúde da Região Militar de Angola (RMA)



ORIGEM: RELATÓRIO ANUAL 1969 — 4.ª Rep./RMA

Figura 6 - Esquema Retirado da Resenha-Histórico Militar.

Os regulamentos, quando comparados com os relatórios da Guerra do Ultramar, mostram algumas alterações e adaptações, necessárias ao tipo de conflito e de terreno, como se assinala de seguida.

Organização

Em termos de organização e dispositivos médicos alguns destes não eram necessários devido às dimensões do terreno de acção. Por outro lado, foram adicionados dispositivos que não eram previstos no regulamento como era o caso das enfermarias. Havia ainda a utilização dos dispositivos civis como foi o caso do Hospital de Luanda.

Após o começo da guerra em Angola, foi elaborado um estudo sobre a Organização do Serviço de Saúde nesta área, elaborando-se um plano para atender às necessidades de acção. Esse plano previa, numa primeira fase, a constituição de:

1. Chefia do Serviço de Saúde;

2. Um Hospital Militar em Luanda (Com um anexo para doenças infecto-contagiosas;
3. Uma Delegação do Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos (LMPQF) (Com Deposito de Material Sanitário em Anexo)
4. Um centro de Convalescentes
5. Um destacamento Móvel de Cirurgia para as forças em operações
6. Uma Companhia de Postos de Socorros (que permitisse montar enfermarias de aeródromos, em Negage, Toto, Maquela e Cabinda.
7. Uma companhia de automacas.
8. Helicópteros para transporte de feridos

Referia-se ainda, de os Órgãos de Execução dos Serviços a criar deviam servir os Três Ramos das Forças armadas (Exército, Marinha e Força Aérea).

A 8 de Maio do mesmo ano foram designados para Angola:

1. Ortopedista Pereira da Costa, para o Hospital Militar Principal (HMP),³⁹
2. Analista Rui Rebelo de Andrade;
3. Reanimador J.R. de Sousa Guimarães;
4. Estomatologista F. A. Sousa Pinto Fernando Figueira, HMP;
5. Adjunto do Chefe SS Cap. Med. António Graça;
6. Farmacêutico Cap. Rosa, LMPQF;
7. Médico de Clínica Geral João Maria Esquível;
8. Sargento sala de operações João Canha, HMP;
9. Sargento Preparação de Radiologia António Catarino, HMP;

³⁹ O Hospital Militar de Luanda só foi inaugurado em Junho desse ano. Para mais pormenores, veja-se Aires AFRICANO e José MARQUES, «Hospital Militar de Luanda. Hospital Militar Principal: 1961-1975», in *Jornal do Exército*, n.º 601, Lisboa, 2010, pp. 16-23.

10. Sargento Enfº João Maria Ventura Arroio, BTT 13;
11. Sargento Enfº Manuel Fernandes Tomás Simões, BC 5;
12. Sargento Enfº Álvaro Carrilho de Carvalho, AM;
13. Sargento Enfº José António, EPA.

A partir desta altura começam a ser inaugurados dispositivos médicos para o território angolano. Durante as campanhas militares estavam disponíveis no território de Angola para hospitalização e evacuação:

Um **Hospital Militar Central** n.º 124, situado em Luanda. Destinado a hospitalizar e tratar todo o tipo de indisponíveis, até 90 dias.⁴⁰ O dispositivo tinha assistência gratuita para militares no activo, pessoal contratado ou assalariado por entidades militares, para militares em reserva, reformados e suas famílias, residentes em Angola, e que não exercessem profissões. Estendia-se ainda a viúvas de militares, que não tivessem voltado a casar nem tivessem emprego. Enquanto o sistema de saúde militar estava na sua fase embrionária recorria-se, quando necessário, à estrutura hospitalar civil.⁴¹

O hospital foi inaugurado a 1 de Junho de 1961⁴², mas só em 1962 é que começou a funcionar com alguma eficiência.⁴³ Originalmente, as instalações tinham sido cedidas pelo Governo-geral de Angola, e ocupavam uma área de 8 hectares; “*limitada a norte pelo arruamento que ligava a Rua Guilherme Capelo à Estrada de Catete (com cerca de 350 metros de comprimento), a Sul pela Avenida do Bairro de Alvalade (com cerca de 253 metros), a Leste pela “Estrada dos Bombeiros” (com cerca de 380 metros) e, a Oeste, confinando com a Igreja Paroquial da Sagrada Família (com cerca de 109 metros)*”.⁴⁴

Dois meses depois, em Agosto, tinha capacidade para 130 doentes – 80 no edifício da Maternidade Nova, e 50 numa enfermaria improvisada num dos pavilhões. Por esta altura existiam 3 enfermeiros e 9 “estagiários”.

⁴⁰ PT AHM – Div/2/2/171/003: *NEP Hospital Militar de Luanda*.

⁴¹ [V.A] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, Vol. 1, 2ª Edição, Lisboa, 1988, p. 442.

⁴² Rui Pires CARVALHO, «Factos Relevantes da Saúde Militar nos últimos 200 anos», in *Revista Militar*, n.º 2544, Janeiro Lisboa, 2014, pp. 49-80.

⁴³ [V.A] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, Vol. 1, 2ª Edição, Lisboa, 1988, p. 442.

⁴⁴ Aires AFRICANO e José MARQUES, «Hospital Militar de Luanda, Hospital Militar Principal: 1961-1975», in *Jornal do Exército*, n.º 601, Dezembro, Lisboa, 2010, pp. 16-23.

Nas Normas de Execução Permanente (NEP) do Hospital de Luanda, para o ano de 1962, está referido que dependiam do hospital, administrativamente, a companhia de automacas 197, o destacamento cirúrgico 196 e o depósito de material sanitário.⁴⁵

Em termos de consultas externas existiam 10 tipos:

1. Cirurgia (Neste hospital eram realizados três tipos de intervenções cirúrgicas – a grande (500\$00), a média (300\$00) e a pequena (150\$00)
2. Gastreenterologia.
3. Cardiologia
4. Medicina
5. Ortopedia
6. Oftalmologia
7. Otorrinolaringologia
8. Dermatologia
9. Estomatologia
10. Neuropsiquiatria

Mesmo com a existência de um desenvolvimento e crescimento do dispositivo, um relatório de Agosto desse ano, apontava para a necessidade de:

1. Definir uma política definitiva para o futuro do hospital (adaptando as instalações existentes);
2. Aumentar o número de camas disponíveis (de 530 para, pelo menos, 730);
3. Adquirir equipamento de Radiologia
4. Reforço o pessoal médico.

⁴⁵ PT AHM - Div/2/2/171/003 – NEP Hospital Militar de Luanda.

Apesar da fraca capacidade médica, foram realizadas 1693 cirurgias. Faleceram, nas instalações 26 militares. (8 de acidentes, 7 de ferimentos em combate e 11 por outras causas).

Neste ano estava em vigor, no Hospital Militar de Luanda, o seguinte procedimento⁴⁶: Todos os militares que necessitassem de um tratamento superior a 60 dias deveria ser submetido à Junta Hospitalar de Inspeção a fim de ser evacuado para a Metrópole.

Este procedimento dava-se devido a duas razões. Por um lado de modo a evitar a superlotação dos serviços clínicos e de convalescença na dependência do Hospital Militar de Luanda. E por outro de modo a ser possível evitar transtornos às unidades, uma vez que estas estariam privadas dos militares em tratamento durante longos períodos.

Em 1966 já existia uma unidade de Tratamento intensivo no Hospital, mas dispunha apenas de equipamento para hemodiálise. Esta unidade só passou a ser considerada autónoma em 1970.⁴⁷

Em 1970 o HML tinha-se desenvolvido e ocupado todo o terreno cedido inicialmente. O complexo hospitalar passou a ser composto por um bloco principal e diversos anexos (não são contabilizados quantos).

Uma **Enfermaria de Tuberculose**, em Nova Lisboa. Destinada ao tratamento e hospitalização de indisponíveis do foro tuberculoso pulmonar.⁴⁸

Oito **Enfermarias de Sector e Subsector**. Os primeiros eram Órgãos destinados a receber indisponíveis oriundos de todo o sector, ou zona militar, em que não houvesse necessidade de serem evacuados para o HML. Tinham capacidade de intervenção cirúrgica, ainda que mais reduzida que o Hospital. As de subsector eram Órgãos privativos que serviam um batalhão. Em Angola, existiam Enfermarias de Sector em Ambrizete, Salvador, S. Eulália, Quibaxe, Luanda, Luso. E duas de Subsector em Cazombo e Gago Coutinho (Todas criadas em Outubro de 1967).⁴⁹

⁴⁶ Arquivo Histórico da Marinha: *DOCUMENTO - 991. M.15.8 - Doentes e Feridos – Evacuação*, 1962.

⁴⁷ Aires AFRICANO e José MARQUES, «Hospital Militar de Luanda, Hospital Militar Principal: 1961-1975», in *Jornal do Exército*, n.º 601, Dezembro, Lisboa, 2010, pp. 16-23.

⁴⁸ [V.A.] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, Vol.2, 2ª Edição, Lisboa, 1997, p. 123.

⁴⁹ *Ibidem*.

Três **Postos de Reanimação e Triagem (PRT)**, em Lumbala, Luvuci e Cangamba. Destinavam-se a classificar preliminarmente os indisponíveis e prepará-los para a sua evacuação.⁵⁰

Dois **Destacamentos Mistos de Cirurgia e Reanimação (DestMCR)** situados no Luso e em Cabinda. Eram a base das respectivas enfermarias de sector e efectuavam a cirurgia geral dos indisponíveis das enfermarias. Mais tarde, surgiram também outros DestMCR em Cangamba, Luvuei, Nova Lisboa e Serpa Pinto.⁵¹

Dezassete **Equipas Estomatológicas**. Estas equipas destinavam-se exclusivamente ao serviço de estomatologia⁵² e podiam ser divididas em dois tipos: A e B. As do tipo A faziam todos os serviços, incluindo próteses. Já as do tipo B, não tinham capacidade para todos os serviços, servindo apenas para triagem, extração e obturação simples.

Em 1963, existiam equipas Estomatológicas em Nova Lisboa, Cabinda, S. Salvador, Ambrizete, Muxaluando, Carmona, Quibaxe, Henrique Carvalho e Sá da Bandeira. Em 1967 foram criadas mais uma em Nova Lisboa, Serpa Pinto, 1 em Gago Coutinho e 1 em Cazombo. Em 1973 existem ainda equipas no Luso, S. Eulália e Toto.⁵³

Não existia **Hospital Militar de Evacuação**. Foi apenas em 1970 que surgiu o projecto para a sua construção, dada as exigências médicas da zona. Chegou a nomear-se um director para o mesmo, mas o projecto nunca foi aceite. O parecer negativo tinha por base o facto de a Metrópole não dispor de pessoal médico suficiente para poder constituir um dispositivo com esta especialidade. De modo a colmatar as falhas nos serviços médicos, o Hospital Regional (civil) do Luso, e a enfermaria de Sector, iniciaram um acordo experimental que visava aproveitar melhor os recursos e materiais de ambos.

Este acordo dizia que o hospital cedia as suas instalações e serviços à enfermaria, e a enfermaria cederia pessoal médico e paramédico para colaborar com o pessoal do hospital na assistência às populações civis que recorriam ao hospital. O hospital cederia ainda quartos para oficiais e sargentos, salas de bloco operatório, serviços de radiologia e laboratório, e ainda apoiaria a enfermaria nos serviços de lavandaria, cozinha e oficina.

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² O serviço de Estomatologia era dos mais activos durante a guerra do Ultramar, uma vez que muitos portugueses sofriam de problemas dentários, tal como é possível de notar nas várias fontes disponíveis.

⁵³ *Ibidem*.

Os medicamentos e artigos necessários à assistência dos militares (e respectivas famílias) eram disponibilizados pela enfermaria, de modo a que o hospital mantivesse os seus recursos.⁵⁴

Em termos de abastecimento, funcionavam em Angola dois tipos distintos de dispositivos:

Depósito de Material Sanitário, em Luanda. Tinha como missão a aquisição, armazenagem e reabastecimento das unidades e dispositivos da RMA. Tinha tutela sobre tudo o material sanitário, veterinário, religioso. Além disto realizava inspecções e fiscalizava a manutenção do material em armazém.⁵⁵

Além destes, Angola, disponha ainda de:

8 Destacamentos de Inspecção de Alimentos, situados em Silva Porto, Cabinda, Ambrizete, Carmona, Luso, S. Salvador, Henrique de Carvalho e Luanda.

1 Destacamento de Inspecção de Águas, em Luanda

E **1 Destacamento de Desinfestação**, também em Luanda.

⁵⁴ PT AHM – Div/2/2/167/008 – *Hospital Militar de Evacuação do Luso*.

⁵⁵ [V.A] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, Vol.2, 2ª Edição, Lisboa, 1997, 123.

2.3.2. Serviço de Saúde do Comando Territorial Independente da Guiné (CTIG)

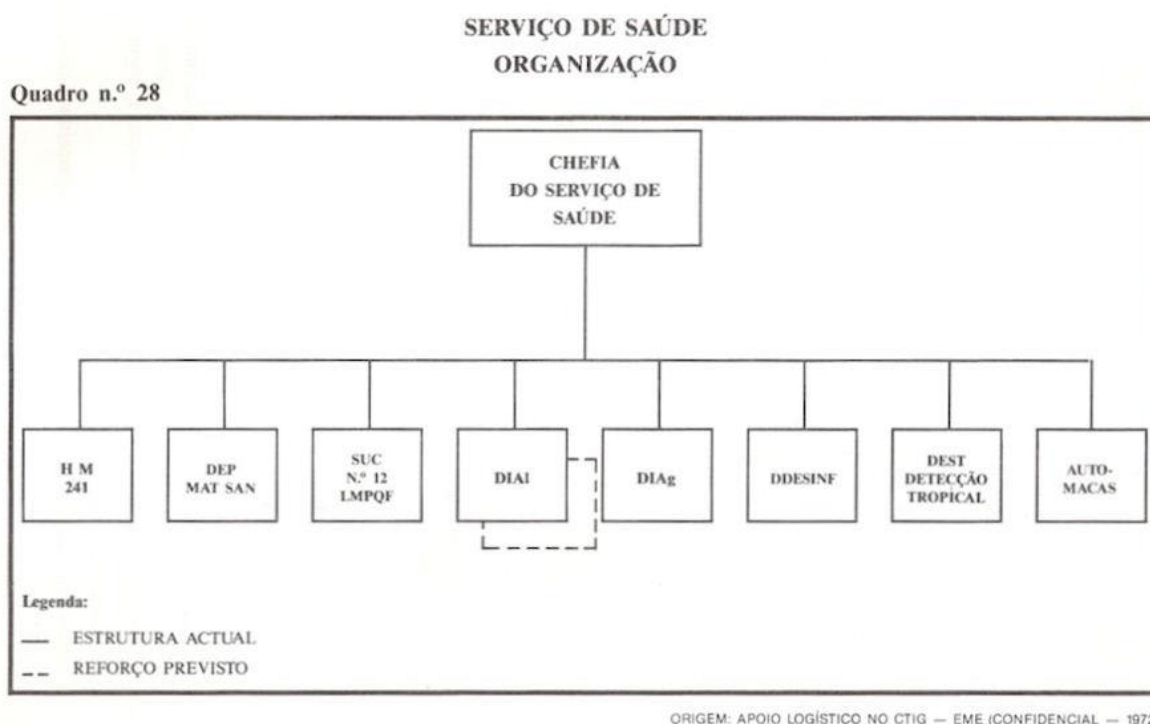


Figura 7 – Figura retirada da Resenha Histórico-Militar

A chefia do Serviço de Saúde encontrava-se sedeadada em Bissau.⁵⁶ O território da Guiné, pelas suas dimensões reduzidas disponha de um número menor de dispositivos. Em primeiro lugar, e mais importante, encontrava-se o **Hospital Militar n.º 241** em Bissau. Este hospital era o centro dos Serviços de Saúde do território, para onde convergiam todos os indisponíveis que não fossem tratados nos Postos de Socorros.

Neste TO não existiam enfermarias. Os **Postos de Socorros das Unidades** funcionavam como enfermarias de subsector (com regime de evacuação até 15 dias), e todos os casos que ali não pudessem ser tratados eram enviados directamente para o Hospital Militar.

Ponderou-se inaugurar um **Centro de Convalescentes**, mas o projecto nunca chegou a ser concretizado.

⁵⁶ [V.A.] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, Vol.3, 1ª Edição, Lisboa, 1989, p. 40.

Há menção apenas a uma **Equipa Estomatológica** itinerante, que se deslocava às várias unidades do território. Esta deslocação era feita de acordo com um programa previamente definido. Poderiam também deslocar-se a determinada unidade caso lhes fosse pedido e as circunstâncias o exigissem.

Existiam ainda **Postos Avançados de Sangue e Reanimação Respiratória**. Entre o início dos conflitos e o fim, o número destes postos variou, sendo que o máximo de dispositivos deste tipo foram 10 (Situados em Bafatá, N. Lamego, T. Pinto, Farim, A. Formosa, Piche, Bissorã, Ingoré, Cotió e Pirada).

Além dos dispositivos de hospitalização e tratamento, existiam 1 **Depósito de Material Sanitário** e 1 **Sucursal do LMPQF**, ambos em Bissau.

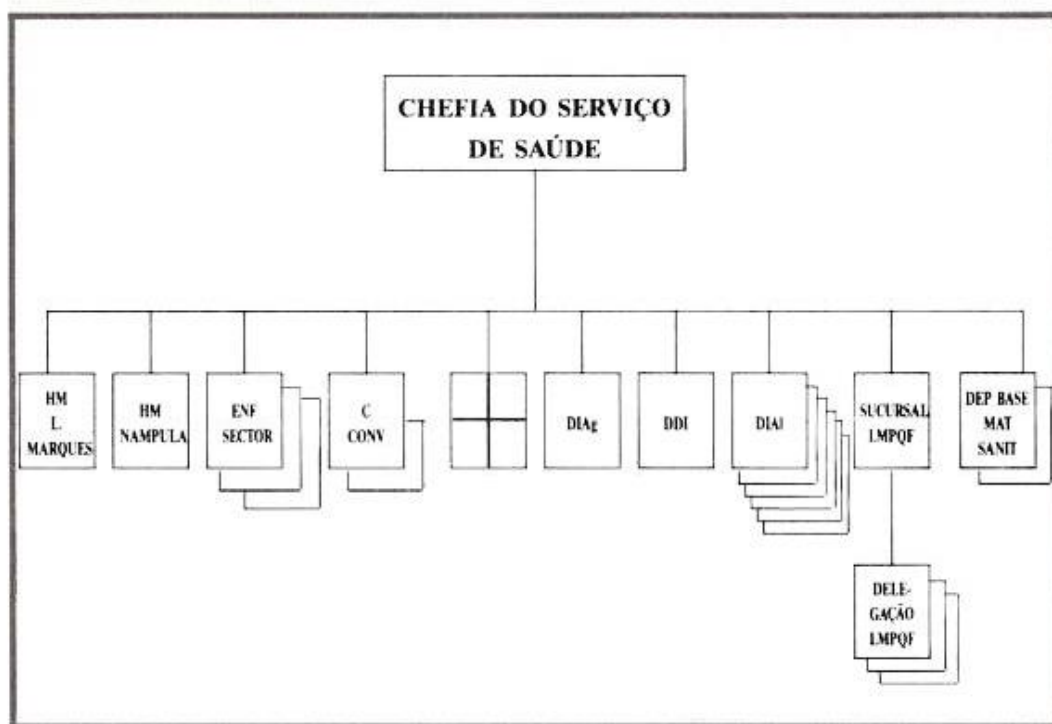
Em termos de Unidades sanitárias existiam, também em Bissau:

1. 1 Equipa sanitária de prospecção de doenças tropicais;
2. 1 Destacamento de desinfecção
3. 1 Destacamento de inspecção de águas;
4. 1 Destacamento de inspecção de alimentos.

2.3.2. Serviço de Saúde da Região Militar de Moçambique (RMM)

SERVIÇO DE SAÚDE NA RMM ORGANIZAÇÃO

Quadro n.º 5



ORIGEM: RELATÓRIO LOGÍSTICO — 1970 — QG / RMM, 4.ª Rep.

Figura 8 - Esquema retirado da Resenha Histórico-militar

Em Moçambique os Serviços de Saúde eram chefiados pela Direcção dos Serviços de Saúde e Higiene situada primeiramente em Lourenço Marques e, a partir de 1970, em Nampula. A RMM tinha a maior extensão geográfica dos conflitos, o que exigia um sistema sanitário mais complexo. Para isso existiriam, dispersos pelo território, cerca de 1 milhar de dispositivos.⁵⁷

Abaixo da Chefia dos Serviços de saúde encontravam-se os Hospitais Militares (HM). Em 1965 contavam-se 3 – em Nampula, Beira e Porto Amélia. No entanto, a partir de 1966 contam-se apenas dois – O Hospital de Nampula e o Hospital de Lourenço Marques, tendo o Hospital de Porto Amélia passado enfermaria de sector, com as

⁵⁷ [V.A.] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, Vol.4, 1ª Edição, Lisboa, 1989, p. 43.

designações atribuídas a este tipo de dispositivo. O Hospital de Nampula é por vezes considerado como **Hospital de Evacuação** (com as funções apropriadas), sendo o Lourenço Marques designado como Hospital Militar Principal (e considerados como última instância da evacuação).

Além destes hospitais, a RMM realizou diversos acordos com os Sistemas de Saúde Cíveis. Em 1969 foi feito o acordo com a Universidade de Lourenço Marques. Este acordo disponibilizava 100 camas do Hospital Universitário e em troca o Ministério do Exército cedia 1.000 contos para apetrechamento dos Serviços Hospitalares Universitários. No ano seguinte, em 1970, foram realizados mais três acordos para a utilização dos 3 hospitais gerais de Moçambique – O Hospital Egas Moniz, Rainha D. Amélia e por fim o Hospital Miguel Bombarda.

Existiam ainda as enfermarias de sector e abaixo destas as unidades sanitárias.

As **Enfermarias de Sector** tinham equipas cirúrgicas capazes de intervir nos casos que necessitassem. É dito que aqui se preparavam os indisponíveis para a sua evacuação para o Hospital de Nampula e só depois daqui seriam evacuados para o Hospital Lourenço Marques, razão pela qual este acabava por ter funções de hospital de evacuação. Em 1966 contam-se apenas duas enfermarias deste tipo – uma em Vila Cabral e uma segunda em Porto Amélia. Em 1967, a enfermaria de sector de Porto Amélia passa a situar-se em Mueda. Por fim, em 1970 é criada uma 3 enfermaria de sector, situada em Tete, a qual foi criada em Março desse mesmo ano.⁵⁸ Contam-se assim 3 enfermarias que permanecem em utilização até ao final da guerra – Em Tete, Mueda e Vila Cabral.⁵⁹

Existiam dois **Centros de Convalescentes**⁶⁰, um na ilha de Moçambique (a partir de 1970) que servia para apoio ao Hospital de Nampula. E um segundo em Namacha para apoio do Hospital de Lourenço Marques.⁶¹

Existiam ainda, não contabilizadas, **Enfermarias de Subsector**. Cujo número variava consoante a necessidade no terreno e **Órgãos para consulta externa** (estes não eram independentes e encontravam-se integrados em todos os restantes dispositivos hospitalares, incluindo em centros hospitalares civis).

⁵⁸ Ibidem, p. 151.

⁵⁹ PT AHM, Div/2/7/111/002 – Apoio Logístico na R.M.M.

⁶⁰ [VA] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, vol. 4, 1ª Edição, Lisboa, 1989, p.151.

⁶¹ Ibidem.

Além dos dispositivos hospitalares e de evacuação existiam ainda:

Dois **Depósitos de Material Sanitário**. Um em Lourenço Marques e um segundo em Nampula. Este terá sido implantado em Agosto de 1970. E ainda, uma sucursal do **LMPQF** em Lourenço Marques e três delegações deste, na Beira, em Nampula e Porto Amélia.⁶²

Em termos de Unidades sanitárias é possível contabilizar:

1. Seis Destacamentos de Inspeção de Alimentos. Em 1965 apenas em Nampula, Beira e Lourenço Marques, em 1967 são acrescentados mais dois um em Vila Cabral e outro em Tete. e no final da guerra existia ainda um sexto em Porto Amélia.⁶³
2. Em 1967 foi criado um Destacamento de Inspeção de águas.
3. Um Destacamento sanitário em Lourenço Marques, responsável pela gestão da Enfermaria de Sector.⁶⁴
4. Um Destacamento de Desinfestação em Nampula.⁶⁵
5. Três Pelotões de Automacas. Dois em 1965, situados em Nampula e Beira, enquanto que em 1974 já existia mais um em Lourenço Marques.
6. Duas Equipas de Detecção de Doenças tropicais situadas, ambas, na Beira.

⁶² *Ibidem*, p. 163.

⁶³ *Ibidem*, pp. 194-196.

⁶⁴ PT AHM – Div/2/7/111/002 – Apoio Logístico na R.M.M.

⁶⁵ [V.A] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, Vol.4, 1ª Edição, Lisboa, 1989, p. 201.

2.4. Evacuação e Hospitalização

A evacuação e Hospitalização são duas das principais tarefas do S.S.

Numa situação de guerra, há sempre baixas, seja por morte ou ferimento. Nos casos dos feridos há que evacuá-los e efectuar o seu tratamento. Para Portugal, na guerra do Ultramar, esta tornava-se essencial por a única forma de combater a escassez de efectivos nas forças armadas.

Em termos estatísticos, o regulamento assume que cerca de um quinto do total das tropas em combate teria, em algum momento, necessidade de ser evacuado, fosse por ferimento ou doença.

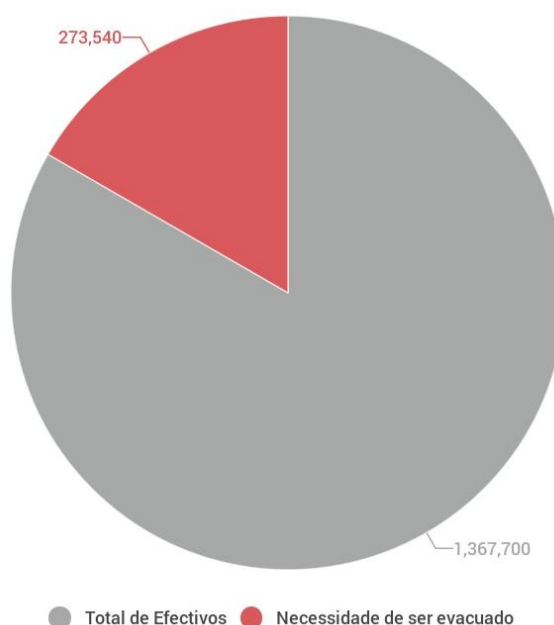


Figura 9 -Infograma representativo do que seria a percentagem de evacuados comparado com o número total de efectivos, segundo as estatísticas do regulamento. (Elaborado com base nos números de efectivos oferecidos por Aniceto Afonso em "ASPECTOS DA GUERRA COLONIAL (1961-1975)"

2.4.1. Evacuação

Sobre a evacuação, o regulamento de campanha estabelece que:

“A evacuação consiste no processo de remover os indisponíveis para a retaguarda, através de instalações sanitárias sucessivas. Por cada indisponível que segue para a retaguarda, devera executar-se um movimento de recompletamento para a frente; é fundamental, por isso, que o serviço de saúde não evacue indisponíveis de

*qualquer categoria, susceptíveis de completa recuperação nas várias instalações sanitárias do exército”.*⁶⁶

E ainda:

*“A evacuação é o acto de transferir os indisponíveis de uma instalação sanitária para outra situada mais à retaguarda. O termo «cadeia de evacuação» aplica-se ao aglomerado completo de sucessivas formações e instalações empenhadas na reunião, transporte e hospitalização de doentes e feridos. O extremo mais avançado da cadeia de evacuações é geralmente um posto de socorros, e o mais recuado um hospital da zona de comunicações ou do interior”.*⁶⁷

Para uma evacuação de sucesso é necessário que esta seja realizada o mais rapidamente possível. Isto exige um enorme esforço por parte das unidades sanitárias e de evacuação (mesmo quando a evacuação seja feita nas condições mais favoráveis).

De modo a diminuir a tensão sobre os serviços de evacuação, podem existir no terreno “Postos de Recolha”. Estes existem para, quando um elemento não consegue continuar a marcha, poder ser recolhido. São, na sua essência, pontos de reunião de marcha. Situam-se sempre, obrigatoriamente, no itinerário da marcha; preferencialmente junto a fontes de água potável.

As normas assumem a utilização da automaca como meio principal para a evacuação, apesar de ser brevemente assumida a possibilidade da utilização de helicópteros. Para o caso do ultramar, a especificidade da situação e a geografia do terreno de batalha, forçavam a que, a evacuação tivesse de ser feita com auxílio a helicópteros. Assim sendo, o serviço de evacuação por “*via aérea é da responsabilidade do comandante da força aérea da zona de operações*”.⁶⁸

A partir do momento em que é ferido, dispunha de 6 horas para receber assistência operatória. Esta norma não era uma regra inflexível, simplesmente assentava no facto de que um ferido tem maior probabilidade de sobreviver se puder receber tratamento médico adequado aos seus ferimentos, se este acontecer num prazo máximo de 6 horas.⁶⁹

⁶⁶ PT/AHM/FE/040/0395: *Regulamento de Campanha*. Serviços, 1956, p. 31.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ *Ibidem*, p. 198.

⁶⁹ John P. CANN, *Contra-subversão em África: Como os portugueses fizeram a guerra em África 1961-1974*, Prefácio, Lisboa, p. 198.

Acontecia, por vezes, que os Serviços de Evacuação eram incapazes de evacuar os feridos a tempo do salvamento. Isto devia-se ao facto de que a evacuação dependia de muitas condicionantes – do terreno, da situação militar, da distância, do número de feridos, do sistema de comunicação que permitia comunicar com as equipas em terra -, bem como do sistema de navegação que permitia encontrar a localização dos soldados a ser evacuados.

Sobre a evacuação do campo de batalha para as enfermarias, é referida a necessidade da organização através da criação de um esquema de evacuação com base no método mais rápido, caminho mais curto e menor desconforto, e da necessidade de uma análise prévia da situação de feridos no campo. Por isso antes de se iniciar a evacuação há geralmente a ponderar três pontos:

1. No tempo requerido para a recuperação;
2. Na acumulação de indisponíveis;
3. E na capacidade de manobra da instalação médica.

Só após da análise da situação e elaboração do esquema de evacuação é que podiam evacuar os feridos ser evacuados da zona de combate. Uma vez evacuados para os postos de socorros, os feridos recebem os primeiros tratamentos médicos. Era ainda ali que se realizava a triagem dos mesmos.⁷⁰

A primeira instância era os Posto de Socorros de Batalhão. Neste dispositivo, eram assistidos pelo médico destacado para esta unidade. Aqui aplicava-se uma segunda regra “não-escrita” – a regra dos dez dias.⁷¹ Esta aplicava-se a todos os feridos sujeitos a cirurgia, e tinha como premissa o facto de que as hipóteses de sobrevivência aumentavam se o ferido pudesse usufruir de 10 dias de descanso, antes de ser deslocado. Daqui, caso houvesse necessidade deveriam, e passado o tempo referido para a hospitalização no posto de socorros, o ferido devia ser evacuado para a retaguarda.

Além dos postos de socorros todos os outros dispositivos médicos tinham estabelecido um limite máximo de dias que um indisponível poderia ficar retido ou em

⁷⁰ Veja-se Fig. 3.

⁷¹ O regime de evacuação de feridos foi estabelecido em Angola, dependendo da urgência dos estabelecimentos e tendo em consideração a suas necessidades. O limite mínimo era estabelecido pela Regra dos dez dias. Este era o limite estabelecido nas enfermarias de unidade, as que mais tinham urgência em despachar doentes e arranjar camas livres, evacuando os feridos geralmente para os hospitais. Para um melhor entendimento leia-se John P. CANN, *Contra-subversão em África: Como os portugueses fizeram a guerra em África 1961-1974*, Prefácio, Lisboa, 2005, p. 198.

tratamento. Estes limites eram estabelecidos por proposta do comandante-chefe.⁷² Ou seja, o regulamento em campanha considera que o número de dias de hospitalização é variável consoante a situação, não especificando, por essa razão, quais eram os limites em cada dispositivo. No caso da guerra do ultramar considerava-se como limites para o tratamento e recuperação de feridos: 10,20 ou 30 dias (em alguns casos, 60). Estes eram respectivamente os limites das; enfermarias de unidade, enfermarias de sector, hospitais civis e Hospital Militar de Luanda.

Após os Postos de Socorro, os indisponíveis “*transportáveis*”⁷³ deveriam ser evacuados para o **hospital de evacuação** da região.

Por sua vez, os considerados “*intransportáveis*”, deveriam ser evacuados para o hospital cirúrgico móvel mais próximo. No caso de não existir nas redondezas um hospital cirúrgico móvel, os indisponíveis deveriam permanecer em tratamento no Posto de Socorros até terem condições de ser evacuados em segurança, ainda que isto condicionasse a capacidade do dispositivo.

Os hospitais gerais eram as últimas instâncias médicas, e onde se realizava o tratamento de longa duração e recuperação.

De modo geral, o esquema de evacuação a ser seguido, segundo o regulamento em campanha, pode ser explicado segundo a figura 5.

O Hospital da Marinha tornou-se o Hospital final da cadeia de evacuação dos S.S. dos três TO. Este Hospital terá tido necessidade de diminuir os seus efectivos de modo a destacar para os TO médicos da marinha. Só em 1971, os Médicos de Bordo foram devolvidos ao Hospital (Mantiveram-se os médicos a bordo das fragatas e corvetas de Moçambique que se encontravam no bloqueio da Beira e os navios de trânsito para o Ultramar.⁷⁴

⁷² PT/AHM/FE/040/0395 - *Regulamento de Campanha. Serviços*, 1956, p. 23.

⁷³ O regulamento em campanha designada a existência de dois tipos de indisponíveis – os transportáveis e os intransportáveis.

⁷⁴ Rui Manuel ABREU, «Apontamentos para a História da Medicina Militar: A Marinha», in *Revista Militar*, n.º2455/2456, Agosto/Setembro, Lisboa, 2006, pp. 791-816.

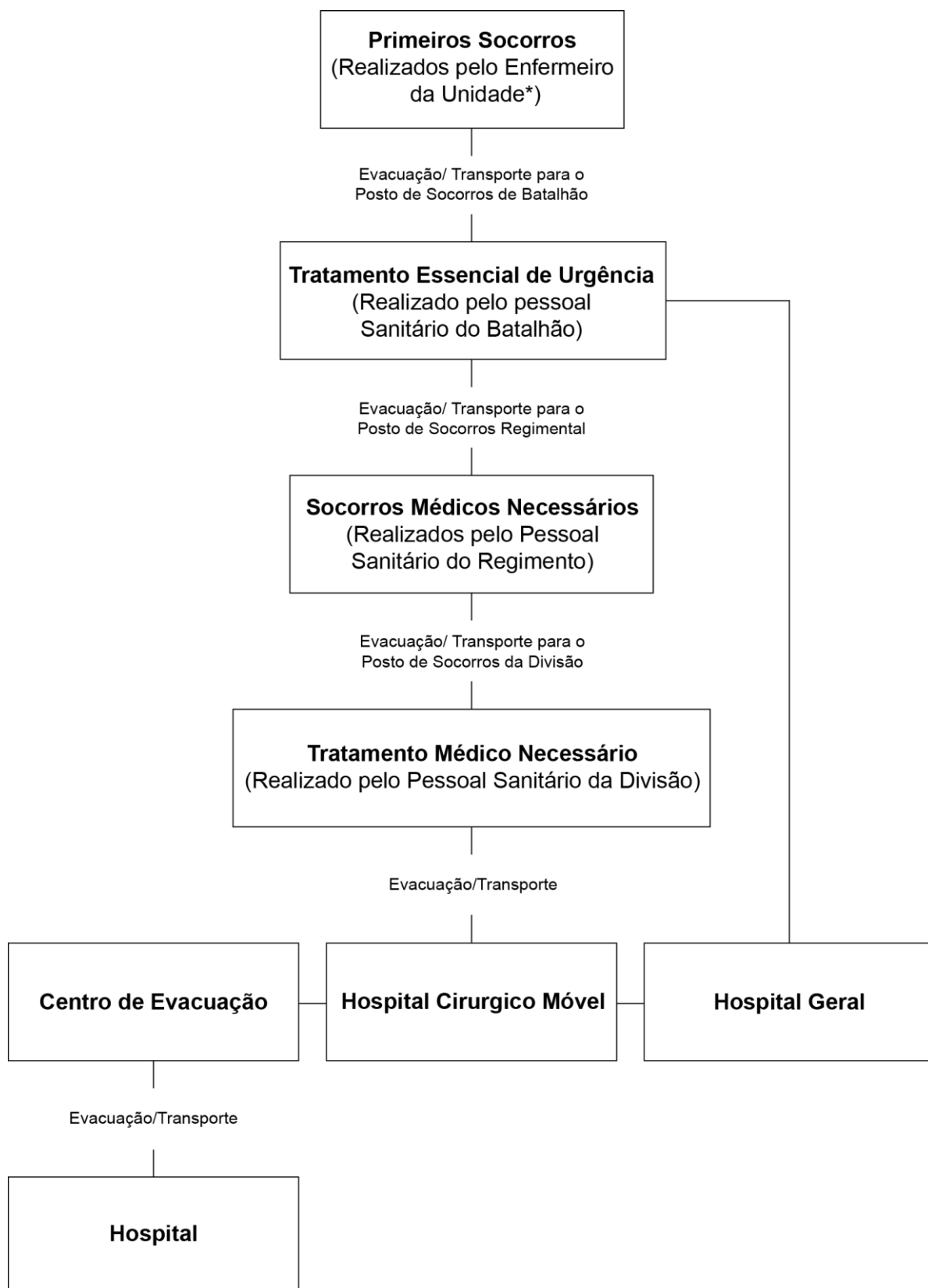


Figura 10 - Esquema de Como deveria ser o Sistema de Evacuação, da nossa autoria, com base na informação contida no regulamento em campanha.

* No caso de não existir um enfermeiro, ou este não estar capacitado, os primeiros socorros ficam a cargo dos companheiros. Todos os soldados levam consigo um estojo de primeiros socorros.

2.4.2. Evacuação: Enfermeiras Pára-quedistas

Tal como já foi mencionado anteriormente, a evacuação, no caso da guerra do Ultramar, era da responsabilidade da Força Aérea. Neste sentido, e especialmente para esta realidade, foram criadas unidades de enfermeiras pára-quedistas. Esta acção tornou-se num marco revolucionário, e que se mostrou especialmente importante na logística no apoio e também no suporte moral das tropas.

A sua missão fundamental, e razão da sua existência nas forças armadas era a de *“prestar assistência de enfermagem de todos os graus de técnica, em locais de difícil acesso, a bordo de aeronaves e em missões de especial responsabilidade.”*⁷⁵



Figura 11 - Momento de evacuação na Guiné com a presença de uma enfermeira Pára-quedista. Foto de Artur Conceição e cedida pelo Blogue de Luís Graça.

Além da importância prática teve também um valor histórico e evolutivo, uma vez que representa o primeiro momento em que as mulheres foram aceites nas Forças Armadas, transformando Portugal num pioneiro na igualdade de género no seio militar.

“E se considerarmos que as enfermeiras pára-quedistas francesas pertenciam à Cruz Vermelha e as nossas à Força Aérea, podemos mesmo afirmar que fomos o primeiro país do mundo a ter tal Corpo organizado no seio das suas Forças Armadas”.⁷⁶

⁷⁵ Luís GRÃO, «Enfermeiras para-quedistas. O Serviço de Saúde Militar Na comemoração do IV Centenário dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal» in *Actas do XVI Colóquio de História Militar*, Vol. II, Lisboa, 2007, p. 644.

⁷⁶ *Ibidem*, p. 639.

Isabel Rilvas foi a defensora da criação de um grupo de enfermeiras pára-quedistas em Portugal. A ideia surgiu-lhe após ter conhecido Jacqueline Domarque⁷⁷ durante o curso de pára-quedismo civil, que frequentou em França.

Ao voltar a Portugal apresentou um projecto às Forças Armadas e a Kaúlza de Arriaga. Este projecto deveria ter aplicação apenas na metrópole. Não estava prevista a sua aplicação em teatros de guerra. O objectivo era o melhoramento dos serviços de saúde no território nacional, e consistia na criação e formação de um corpo de médicos e enfermeiras para levar cuidados sanitários ao interior do país a onde estes não chegavam pelas “vias convencionais”. Porém, o projecto não foi aceite.

No entanto, Kaúlza de Arriaga, ao visitar a Angola em 1961, após o início dos conflitos, apercebeu-se da situação vivida no território, e percebeu que existia a necessidade de existir “*um grupo médico de intervenção com elevada capacidade de movimentação*”. Nesta sequência, Kaúlza de Arriaga, numa reunião com o Dr. Oliveira Salazar, apresentou este projecto ao Presidente do Conselho de Ministros que acabou por aceitar o projecto de Arriaga. Foi, então, criada legislação apropriada que regulamentava um grupo de enfermeiros pára-quedistas nas forças armadas, e que era aberto a mulheres.

Neste contexto, foi publicado o D. L. n.º 43 663 de 5 de Maio de 1961 que criou o primeiro quadro de enfermeiros pára-quedistas. Está subjacente a integração das enfermeiras para-quedistas que em breve iniciariam o seu curso. Este era constituído por 1 tenente, 5 alferes graduados e 5 sargentos graduados, perfazendo um total de 11 elementos.⁷⁸ Em Janeiro de 1962, este decreto é alterado, passando o quadro a 3 tenentes, 9 alferes e 9 sargentos.

O 1º curso iniciou-se em 6 de Junho de 1961 e terminou em 8 de Agosto desse mesmo ano, contava com 11 candidatas mas apenas foram aprovadas 6 candidatas. As primeiras voluntárias ao curso de enfermeiras das Forças Armadas frequentaram o curso numa escola religiosa de enfermagem. Como curiosidade, todas as candidatas se chamavam «Maria», razão porque estas 6 primeiras enfermeiras para-quedistas ficaram

⁷⁷ *Ibidem*, p. 640: Jacqueline Domarque era para-quedista francesa, ao serviço da Cruz Vermelha Francesa. Morreu em combate em 1957.

⁷⁸ Luís GRÃO, «Enfermeiras para-quedistas. O Serviço de Saúde Militar Na comemoração do IV Centenário dos Irmãos Hospitalares de S. João de Deus em Portugal» in *Actas do XVI Colóquio de História Militar*, Vol. II, Lisboa, 2007, p. 643.

conhecidas pelas «Seis Marias». No quadro, 5 ocupavam o lugar de oficial e 1 de sargento.⁷⁹



Figura 12 - 11 Candidatas do Primeiro Curso de Enfermeiras Para-quedistas. Cap. Cunha, M^o Ivone, M^a da Nazaré, M^a Arminda, M^a de Lurdes, M^a Margarida Costa, M^a do Céu Bernardes, M^a do Céu Policarpo, M^a Zulmira André, M^a Helena, M^a Margarida Pinto, M^a Irene e Major Lelo Ribeiro. Foto Cedida por Luís Graça.

Segundo Luís Grão, o único aspecto onde o treino era facilitado dizia respeito à parte física. Tudo o resto era igual aos cursos dos homens.

O programa consistia em três partes:

1. Uma parte de instrução básica militar,
2. Uma parte com o curso de para-quedismo;
3. Uma terceira parte, lecionada ao longo de todo o programa, e que consistia na enfermagem e evacuação aérea.

O primeiro curso terminou a 8 de Agosto com apenas 6 candidatas aprovadas.

⁷⁹ *Ibidem*, 643.

As primeiras voluntárias ao curso das forças armadas eram Franciscanas missionárias de Maria, uma escola religiosa de enfermagem. As quais tinham, todas, o nome de Maria, ficando conhecidas por as “6 Marias”.

De modo a poder compreender como foi possível a aceitação de mulheres nesta actividade que era exclusiva do sexo masculino, é necessário considerar três factores importantes:

1. A tradição pouco recente das forças pára-quedistas em Portugal;
2. A necessidade de efectivos que condicionava o sistema de saúde;
3. O factor emocional/moral.

O primeiro ponto pode ser explicado através da história dos Serviços de Pára-quedismo militares e da própria força aérea. A Força Aérea, como ramo independente das Forças Armadas só surge no ano de 1952, com o Dec. Lei 2055, de 27 de Maio de 1952, apesar de, no art. 9º estar prevista a criação de tropas pára-quedistas, só em 1954 começaram a existir esforços nesse sentido. Foi no ano de 1954 que foi organizada a primeira companhia de soldados, que se deslocou a Espanha para tirar o curso de instrutor pára-quedista, e só em 1955 é lançado o diploma que ratifica a criação deste novo ramo de tropas.

Ou seja, a Força Aérea existia há apenas 9 anos no início da guerra do Ultramar, e não contava com uma história, ou tradição longa ou enraizada na sua direcção (como acontecia com os restantes ramos das Forças armadas). E se se considerar apenas as tropas pára-quedistas, então mais recentes eram (6 anos). Assim foi mais fácil aceitar a integração de mulheres no seio deste ramo militar.

O segundo ponto refere-se ao facto de que Portugal tinha um baixo número de efectivos, principalmente nos ramos da saúde. Alias, foi esta falta de pessoal médico, que levou a recusa da abertura de um Hospital de Evacuação no Luso, como já foi referido. Assim, as enfermeiras pára-quedistas, vinham, sobretudo, colmatar uma falha em termos de pessoal.

O terceiro ponto é um factor de carácter psicológico. Segundo os estudos realizados pelas Forças Armadas, a presença da mulher no campo de batalha provocava uma sensação de conforto nos homens que tinham sido feridos ou que se encontravam doentes. Isto sucederia porque o soldado, longe de casa afastava-se da figura feminina e

vivia isolado num mundo violento e masculino. Neste sentido, as enfermeiras pára-quedistas, figuras femininas, surgiam como uma representação daquilo que o soldado tinha deixado para trás – conforto, segurança, família. Eram o elo fundamental do soldado com a sua vida anterior à guerra. A referência a este factor moral poderá ser encontrada em muitas obras da bibliografia, como por exemplo em John Cann:

*“No âmbito da assistência médica, os portugueses tinham observado que a presença de uma mulher nas fases iniciais de um trauma físico levantava a moral de um soldado, principalmente tendo estado sob condições de combate durante um longo período”.*⁸⁰

Os testemunhos destas enfermeiras pára-quedistas evidenciam que também elas partilhavam esse sentimento. Segundo Maria do Céu Esteves, enfermeira pára-quedista no ultramar de 1962 a 1975, era importante consolar o soldado moribundo. De lá estar para o “apoiar, amparar” e fazer o “papel da mãe, que lá não podia estar”.⁸¹ Tendo em consideração todos estes factores, é possível compreender a aceitação e necessidade da integração destas mulheres nos Serviços de Saúde da força aérea.

Os problemas que se levantavam em relação à presença de mulheres no campo de batalha eram variados, no entanto o principal era o de colocar estas mulheres em locais isolados, rodeadas por homens.⁸² Esta preocupação tomou forma da imposição de que estas enfermeiras pára-quedistas não acompanhassem as tropas no terreno. Isto criava uma debilidade técnica, pois estas mulheres eram versadas em primeiros socorros, enquanto por sua vez, os soldados das companhias tinham apenas um curso básico para o efeito. As enfermeiras só eram chamadas a intervir em caso de feridos graves, deslocando-se à frente das operações apenas para tratamento e evacuação de feridos.⁸³

Os saltos operacionais que dão o nome ao serviço de pára-quedismo pouco foram usados no contexto da Guerra do Ultramar.

Em termos geográficos, a Guiné foi o local onde a acção das enfermeiras foi mais necessária e teve maior impacto, porque aqui os conflitos eram mais agressivos e

⁸⁰ John P. CANN, *Contra-subversão em África: Como os portugueses fizeram a guerra em África 1961-1974*, Prefácio, Lisboa, 2005, p. 200.

⁸¹ https://www.youtube.com/watch?v=OM9jCBjan_Y – Visualizado em 09-02-2016

⁸² A este propósito, veja-se Luís GRÃO, «Enfermeiras pára-quedistas. O Serviço de Saúde Militar Na comemoração do IV Centenário dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal» in *Actas do XVI Colóquio de História Militar*, Vol. II, Lisboa, 2007, pp. 639-648.

⁸³ *Ibidem*.

constantes. O conflito neste local era extremamente violento, facto que é salientado em toda a bibliografia. A título de exemplo, poderá considerar-se a obra de António Reis, onde mesmo refere o seguinte:

“Um dia, na formatura para o almoço, soube que os primeiros sete classificados estavam mobilizados para a Guiné. Era para a Guiné que eu não queria ir. Era a Guiné que eu mais temia. Era para a Guiné que iam os que apanhavam algum castigo”.⁸⁴

Já em Luanda, na RMA, o cenário era muito mais calmo, e por isso raramente existia necessidade de evacuar feridos vindos do mato. Neste caso as enfermeiras destacadas para esta região dedicavam-se a outro tipo de tarefas - vacinação (das tropas e da população local em geral), ao apoio no hospital e tratamentos das macelas daqueles que vinham “do mato”.

No total, ao longo dos catorze anos que marcaram a Guerra do Ultramar (1961-1974), foram leccionados 9 cursos, que formaram um total de 48 enfermeiras pára-quedistas. Todas elas estiveram no terreno. Apesar de o quadro estar aberto também para os membros do sexo masculino, não houve admissão, neste quadro, de nenhum homem.⁸⁵

⁸⁴ António REIS, *A minha Jornada em África: A Todos os netos a verdade que eu vi!*. 1ª Edição, [S.L.]: Palavras e Rimas, 2015, p. 28.

⁸⁵ Luís GRÃO, «Enfermeiras para-quedistas. O Serviço de Saúde Militar Na comemoração do IV Centenário dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal» in *Actas do XVI Colóquio de História Militar*, Vol. II, Lisboa, 2007, p. 643.

2.4.3. Hospitalização

À hospitalização é atribuída a missão de (...) “*assistência e tratamento nas instalações sanitárias, designadas e equipadas para facultarem aos doentes e feridos tratamento médico ou cirúrgico o mais completo possível*”.⁸⁶

A assistência hospitalar em campanha podia ser efectuada tanto por hospitais militares como por hospitais Cíveis.

Segundo o Coronel Inocentes a única assistência médica em campanha que suplantava o sistema português do Ultramar, era a da República da África do sul e o da Rodésia. Razão pela qual, diz o seguinte:

*“Em determinados casos de cirurgias ortopédicas correctivas, enxertos de pele para queimados ou outras especialidades complicadas, havia acordos com as Forças de Defesa da África do Sul, para tratamentos no Hospital Militar de Pretoria”.*⁸⁷

Neste hospital havia uma ala específica (em 1972-1974) que contava com 50 doentes das campanhas portuguesas no Ultramar. Esta ala tinha sobretudo negros, pois havia a política de evacuar os europeus para a metrópole, de modo a que estes pudessem recuperar junto das suas famílias.

Em casos de queimaduras e baixas traumáticas graves, os pacientes eram transportados para o Hospital da Força Aérea, na Ilha Terceira, Açores.

⁸⁶ PT/AHM/FE/040/0395: *Regulamento de Campanha. Serviços*, 1956, p. 42.

⁸⁷ *Ibidem*.

2.4.4. Sistema de Evacuação e Hospitalização da RMA

Em Angola, o hospital central era o **Hospital Militar de Luanda**, que recebia e tratava tanto civis como os soldados. Este hospital tinha, numa primeira fase uma capacidade de 500 camas, no entanto a capacidade aumentou para 800 camas. Podia atender quase todos os tipos de casos. O limite de hospitalização chegava aos 90 dias.

Já as Enfermarias de Sector, segundo o Esquema, teriam capacidade de 30 camas cada e um limite de 30 dias para a hospitalização.

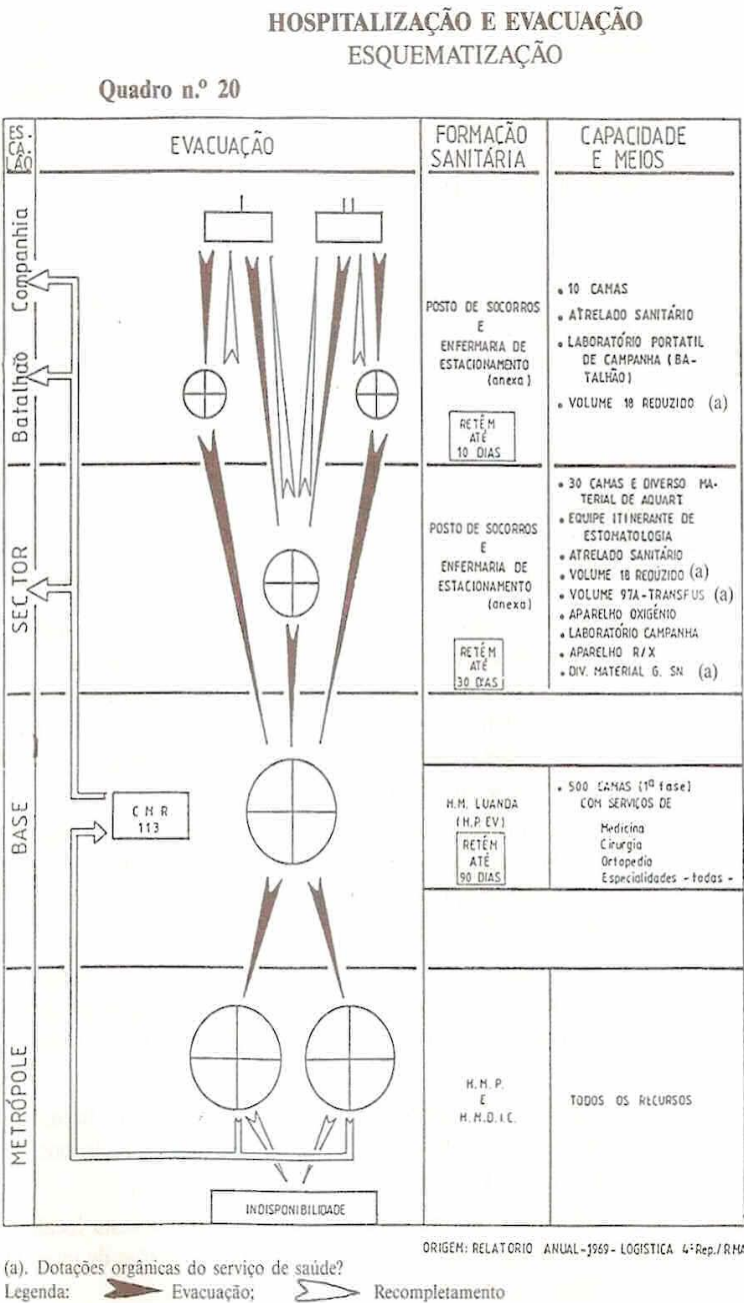


Figura 13 – Esquema do sistema de Evacuação e Hospitalização retirado do Volume 2 da Resenha-Histórica.

2.4.5. Sistema de Evacuação e Hospitalização do CTIG

Na Guiné, existia o Hospital Militar de Bissau que, tal como já foi dito, substituíra as enfermarias de sector. Contava com 320 camas, e tinha capacidade de hospital central. Permitia um total de 90 dias de recuperação.

Para o território da Guiné não existe um relatório logístico nem um esquema de Evacuação. Isto poderá dever-se ao facto de a Guiné ser um território pequeno e não existirem certos dispositivos – como as enfermarias de Sector e Hospitais de Evacuação. O Hospital Militar em Bissau era o dispositivo central para o qual convergiam todos os feridos tanto os oriundos directamente do mato, como aqueles que vinham dos Postos de Socorros das Unidades.

Este sistema, tal como é possível de compreender, sobrecarregava o Hospital Militar de Bissau, o que levantava vários problemas. Por essa razão foi várias vezes levantada a hipótese de criação de 1 ou 2 enfermarias de sector. No entanto nunca foi possível fazê-lo devido à falta de meios.

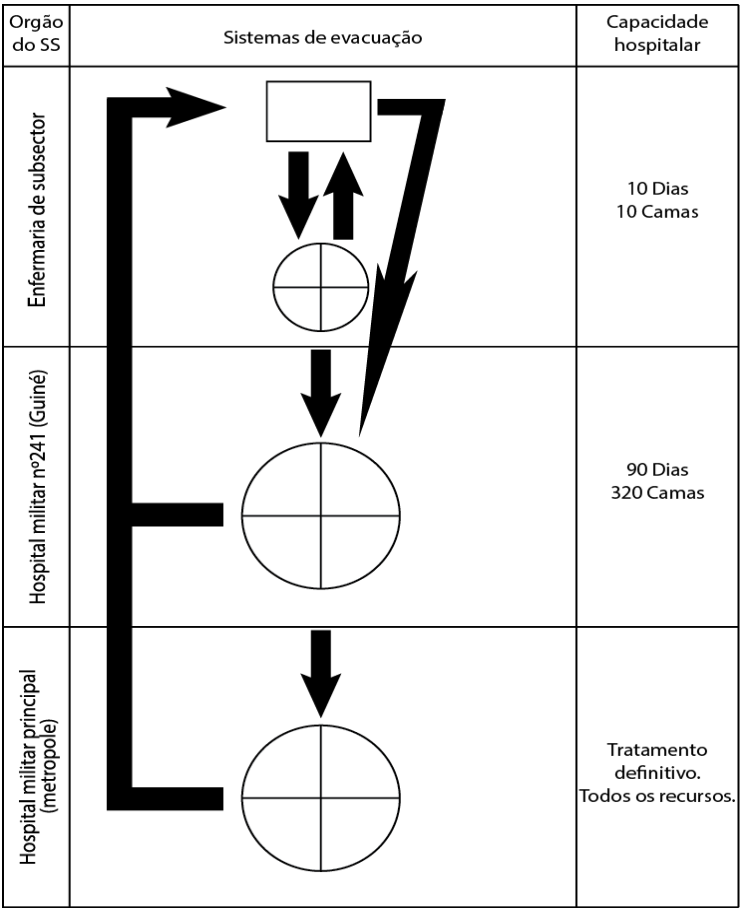


Figura 14 - Esquema da nossa autoria, realizado com base nas informações recolhidas sobre o território da Guiné.

2.4.6. Sistema de Evacuação e Hospitalização da RMM

A RMM contava com a maior extensão geográfica dos TO. As suas dimensões consideráveis levavam a que houvesse necessidade de criar uma rede de dispositivos que conseguisse dar resposta às necessidades específicas deste território. No entanto, apresenta um sistema mais reduzido do que Angola. Em termos de números de camas a diferença entre ambos era quase nula.⁸⁸

A região contava com apenas três enfermarias de sector, que contabilizavam um total de 90 camas (para o final da guerra), que permitia a cada doente uma hospitalização de 20 dias.

Era o único TO que disponha de um Hospital de Evacuação, em Nampula.⁸⁹ Este hospital dispunha de 240-300 camas, e permitia aos doentes uma hospitalização até 60 dias.

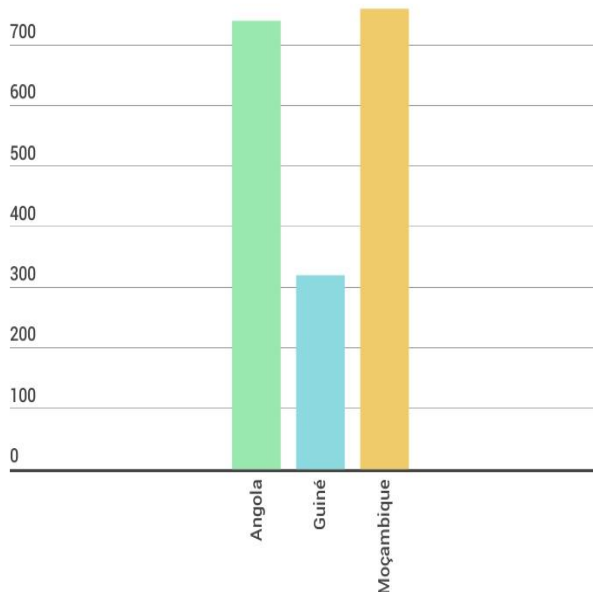


Figura 15 - Comparação do número de camas disponível (Enfermarias de Sector e Hospitais) nos três TO, com base nos números apresentados nos Volumes 1, 2, 3 e 4 da Resenha-Histórico Militar

Contava com o Hospital Geral Lourenço Marques, com cerca de 340⁹⁰ camas. Aqui, os indisponíveis podiam ficar em tratamento e recuperação, até 90 dias.

Na bibliografia surge, repetidamente que o RMM dispunha de três hospitais, que incluíam o Hospital Militar da Beira, no entanto este hospital não surge nas fontes

⁸⁸ Veja-se Figura 11

⁸⁹ Na bibliografia este Hospital aparece como um Hospital Geral, à excepção do que acontece na Resenha-Histórico Militar. A consulta do Documento PT AHM – Div/2/7/111/002 – Apoio Logístico na R.M.M. permite compreender que houve uma evolução desta estrutura e que tinha, efectivamente, funções de Hospital de Evacuação.

⁹⁰ John P.CANN, *Contra-subversão em África: Como os portugueses fizeram a guerra em África 1961-1974*, Prefácio, Lisboa, 2005, p. 199.

consultadas, por isso não foi possível obter dados relativos aos serviços deste dispositivo.⁹¹

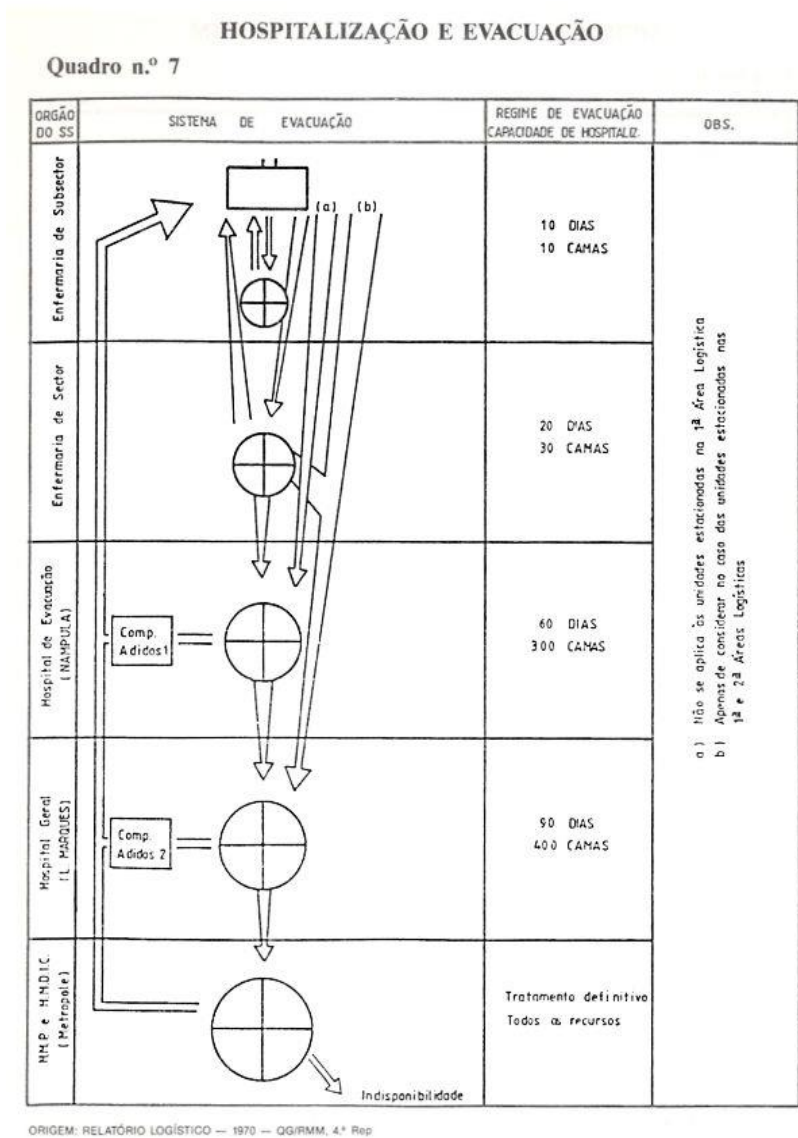


Figura 16 - Esquema de Evacuação retirado da Resenha Histórico-Militar.

⁹¹ Veja-se PT AHM: Div/2/7/111/002 – Apoio Logístico na R.M.M.

2.5. Serviço Neuropsiquiátrico em Campanha

“ «Todos nos tornamos medrosos» -dizia um jovem comandante de pelotão, «principalmente se isto dura muito. Tornamo-nos presa de sobressaltos e queremos mergulhar no abrigo cada vez que paramos de correr ou de andar. Começamos a pensar que me seria um prazer ser ferido livrar-nos-íamos de dar em doidos»”.⁹²

Uma frase que descreve de forma clara e curta aquilo que poderia ser o medo da loucura do soldado. A situação de combate transforma o ser humano; a racionalidade dá lugar aos sentidos e, em casos mais graves, à reacção por impulso. É uma frase que representa aquilo que podia ser o mundo interior de cada soldado quando confrontado com a morte e a dor do campo de batalha.

De modo a evitar um desfecho negativo devido a uma acção impulsiva é necessário manter o estado de saúde mental dos soldados.

Para este assunto utiliza-se a fonte de 1958, intitulada “*As Baixas do Foro Neuropsiquiátrico em Combate*”.⁹³ Este documento foi formulado pelo Exército com base na adaptação de duas obras americanas de modo a estabelecer normas de: tratamento, diagnostico, triagem, e outros assuntos do foro neuropsiquiátrico.

Existiam campanhas psicológicas sobre as populações locais, de modo a obter o seu apoio e cooperação. Estas campanhas não serão abordadas na presente dissertação, uma vez que fogem ao tema do capítulo. Serão apenas tidos em conta os problemas relativos ao *stress* pós-traumático nos soldados.

Em termos teóricos, o soldado utópico é aquele que não sente, cujas emoções são distanciadas e que, numa situação crítica, é capaz de tomar decisões unicamente racionais. Um soldado que mostre frieza e distanciamento da acção tem maior probabilidade de alcançar o êxito, e superar barreiras que o soldado “imperfeito”, emocional, não é capaz. A principal barreira com a qual o “soldado imperfeito” se depara é o medo; este é uma emoção inerente e presente, em qualquer acção de risco.

O modo como este sentimento afecta o soldado é um processo estudado já desde os tempos mais antigos. Por definição, a palavra medo tem vários sinónimos, que

⁹² PT/AHM/FE/040/0045 - Baixas do Foro Neuropsiquiátrico em Combate, Estado-Maior do Exército, 1ª Repartição, 1963, p. 5.

⁹³ *Ibidem*.

reflectem a variedade de “tipos” de medo e das suas origens.⁹⁴ Um texto filosófico, intitulado “Sobre as paixões” define o medo como uma fuga ou vacilar irracional quando confrontado com um mal esperado.⁹⁵ Este reconhece 13 tipos diferentes de medo. As normas do exército, pelo seu lado, consideram o medo como uma emoção única mas cuja reacção varia dependendo da situação a que é exposto. Para este caso contabilizam 11 tipos de situações:

1. O medo como reacção a tipos específicos de perigo, granadas, avarias, etc.” Em suma, situações de tensão.
1. A frustração, resultante da ansiedade proveniente da inacção, ser imobilizado pelo fogo inimigo, ou ser obrigado a retirar devido a uma força maior. Aqui, o soldado encontra-se numa situação de impotência. Para um soldado, o sentimento de impotência e incapacidade, geram nele o sentimento de derrota, que trazido para a situação da guerra, se liga directamente com a morte. Os vencedores vivem, os vencidos morrem. E aqueles que perdem são os impotentes. Esta ligação mental poderá estar por trás da real sensação de frustração ou ansiedade.
2. O medo e a ansiedade provocados pela mobilização, e expressão das tendências agressivas, próprias do homem. Este tipo de medo é de certa forma representado na obra de António Reis, que se apresenta apreensivo, ansioso com a sua partida para a Guiné, porque sabe que é naquele território que existe um maior número de baixas. É o antecipar do risco e, provável, visualização de uma paisagem de terror e negatividade, que podem condicionar o seu pensamento e comportamento.
3. A ansiedade proveniente da falta de confiança na competência com que foram elaboradas as ordens recebidas. Mais uma vez escolhe-se fazer referência à obra de António Reis, onde esta ansiedade se vê traduzida numa série de situações pelas quais o autor passou.

⁹⁴ Patera, M. - *Reflections on the discourse of fear in greek sources*. In *Unveiling Emotions*. Vol. II. Ed. Chaniot, A., Ducrey, P. 2013, p. 109.

⁹⁵ Tradução do original: “Irrational flinching or flight in the face of an expected evil”. Ibidem.

4. A falta de rendição e qualquer falha na recepção pronta e adequada de alimentação, fardamento, munições, etc.
5. A solidão do combate em abrigos individuais e a impossibilidade de comunicar com o seu grupo.
6. A cólera e o ressentimento em relação ao comportamento de camaradas que o humilham ou que não respeitam o código, e para com os que estão nos escalões da retaguarda, que não partilham os seus perigos e privações.
7. O sentimento de culpa pelos seus actos, ou pelo fracasso na execução da sua missão.
8. O horror e aflição provenientes de ver companheiros feridos, mutilados ou mortos, junto dos quais pode ser obrigado a permanecer por algum tempo.
9. O perigo constante e o desconforto de estar esfomeado, frio molhado e avassaladora exaustão física e mental, proveniente do combate continuado. Observando o tipo de tratamento oferecido e o discurso dos autores, é possível compreender, que há uma grande ênfase neste ponto, incluindo no tipo de tratamento oferecido nos vários locais e que é quase exclusivamente virado para o descanso do soldado.
10. A irritabilidade, os pesadelos e os ressentimentos latentes precedem os primeiros sintomas da ruptura do equilíbrio e são expressões da ansiedade do soldado ao compreender que está perdendo o domínio sobre os seus impulsos agressivos.⁹⁶

As reacções a estas circunstâncias são classificadas num outro documento do estado-maior do exército.⁹⁷ São consideradas em 5 tipos:

1. Comportamento normal (sem modificação) – Neste caso as pessoas conseguem manter o controlo das suas capacidades mentais ou têm

⁹⁶ PT/AHM/FE/040/0045, Estado-Maior do Exército, 1963, p. 14: *Baixas do Foro Neuropsiquiátrico em combate*.

⁹⁷ PT/AHM/FE/040/0623, Estado-Maior do Exército, Caderno n.º 3, 1956: *Lições de tratamento médico de emergência*.

apenas uma ligeira alteração, geralmente passageira. (Suores, indisposição, etc).

2. Pânico – A principal característica deste tipo de reacção é a desorientação total. O indivíduo perde o controlo sobre si mesmo e tenta fugir. É considerada uma reacção perigosa porque é contagiosa, podendo passar aos companheiros da sua unidade. O pânico também pode originar outros tipos diferente de reacção – falta de actividade física, correria desordenada ou choro descontrolado.⁹⁸
3. Depressão – Este tipo de reacção é geralmente descrita como um comportamento fechado em que os indivíduos agem como se estivessem sós. Quando lhes é dirigida a palavra não respondem ou fazem-no apenas com um murmúrio.
4. Super-actividade – Este é o tipo de reacção oposto ao da depressão. Este tipo de indivíduo apresenta uma hiperactividade imprópria e mostra, muitas vezes, falta de confiança nas possibilidades. Podendo questionar as ordens superiores. Este tipo de reacção é considerado perigoso por se considerar que o indivíduo poderá obter o apoio dos seus companheiros em “*prejuízo das resoluções* *sãs, que devem ser efectivas*”.⁹⁹
5. Estado de choque sem ser derivado de uma causa orgânica. – Geralmente provocada mau estar físico, resultando em náuseas e vómitos, por exemplo. Outro tipo e evidências deste tipo de reacção podem ser: a perda de vista, ouvido, fala, movimento ou imobilidade total sem causa física, onde indivíduo acredita que parte ou todo o seu corpo deixou de funcionar.

Contra os medos nascidos no campo de batalha, os soldados teriam o seu próprio método de “*defesa contra a loucura*”, e que variavam consoante a personalidade da

⁹⁸ Segundo o documento este tipo de reacção acontece, tendencialmente, nos indivíduos que sofreram pouco ou nunca receberam ferimentos.

⁹⁹ PT/AHM/FE/040/0623, Estado-Maior do Exército, Caderno n.º 3, 1956, p. 2: *Lições de tratamento médico de emergência*.

pessoa. Estes eram geralmente de dois tipos: Crença na protecção Divina e a crença na sorte.

“Entre elas notamos repetidas vezes fantasias de invulnerabilidade: «eles não me hão-de apanhar.». Muitos homens, de facto, usam amuletos, e muitos que não os usam supõem-se invulneráveis, protegidos quer por Deus, quer pela sua sorte.”¹⁰⁰

Este género de crenças, apesar de funcionarem, é bastante limitadas e, muitas vezes insuficientes. Quando isto acontece, os soldados passam a ser tratados como baixas neuropsiquiátricas, e são evacuados para postos de tratamento.

¹⁰⁰ Ibidem

2.5.2. Tratamento Neuropsiquiátrico

As normas para o funcionamento do Serviço de Neuropsiquiatria são estabelecidas pelo regulamento dos Serviços de Saúde em Campanha, funcionando como as restantes áreas do S.S.

A psiquiatria da zona de combate tem como objectivo: “... *preservar a identificação do doente com o seu agrupamento de combate; reduzir ao mínimo a «vantagem de estar doente»;* evitar a sugestão da doença e incapacidade.”¹⁰¹

A acção preliminar começa na frente de batalha, tal como acontece com os restantes tipos de baixas. O tratamento deve efectuar-se “*tanto à frente quanto possível*”. Os primeiros socorros psiquiátricos seriam realizados pelos membros do batalhão do soldado. São estes os responsáveis por analisar o seu estado e a necessidade, ou não da sua evacuação. Uma vez que a existência de uma triagem é essencial, é salientado que os oficiais e Sargentos fossem instruídos nesta área.

Para que isto fosse possível era necessário que existisse instrução básica de “primeiros socorros psicológicos”, que permitiria realizar uma triagem, ainda no campo de batalha. Esta tinha como principal missão a diminuição de casos falsos de soldados que tentassem fugir ao combate. Isto não era invulgar de acontecer, não apenas nos casos de psiquiatria mas também noutras áreas. Aliás esta era uma das principais razões dos elevados números de casos estomatológicos.¹⁰² Seria, no entanto, mais fácil ao soldado fingir a doença física do que a mental. Aliás, eram conhecidas várias técnicas que podiam alterar o seu estado físico ou levantar suspeitas de doença.

“*Os oficiais de linha e os sargentos devem ser instruídos na maneira conveniente de lidar com estes casos e o psiquiatra divisionário deverá aproveitar as suas frequentes visitas às unidades para continuar a aperfeiçoar essa instrução*”¹⁰³

¹⁰¹ PT/AHM/FE/040/0045, Estado-Maior do Exército, 1ª Repartição, 1963, p. 14: *Baixas do Foro Neuropsiquiátrico em Combate*.

¹⁰² Para mais pormenores, vide, António REIS, *A minha Jornada em África: A Todos os netos a verdade que eu vi!*. Palavras e Rimas, 1ª Edição, [S.L.], 2015.

¹⁰³ PT/AHM/FE/040/0045, Estado-Maior do Exército, 1ª Repartição, 1963, p. 32: *Baixas do Foro Neuropsiquiátrico em Combate*. Não foi possível encontrar na bibliografia consultada referência a este tipo de instrução. Isto deve-se, provavelmente, à importância dada pelos autores às acções de campanha psicológica sobre as populações de modo a obter o seu apoio, tal como já foi referido. Em contrapartida, a investigação dos autores pouco recai sobre a psicologia do trauma e psicoterapia. Por essa razão, todas as informações obtidas em relação a este tema derivam das fontes encontradas no Arquivo Histórico Militar, baseadas na legislação e ordens militares.

Os princípios básicos de primeiros socorros psicológicos¹⁰⁴ são estabelecidos da seguinte forma:

1. Deve aceitar-se que cada indivíduo possui sentimentos próprios que são válidos – Neste ponto aconselha-se a não ridicularizar o indivíduo pelos seus sentimentos. Avaliar a sua condição através da sua fala, posições, expressões, etc. Não se deve mostrar piedade pois este tipo de reacção aumenta o sentimento negativo presente no indivíduo.
2. Aceitar as limitações provocadas por uma situação de emergência, e aceitar que os seus sintomas como verdadeiros – isto significa que deve aceitar-se os sintomas e auxiliar o indivíduo. *“Os que necessitam de auxílio psicológico necessitam também de compreensão, e nunca de desprezo”*¹⁰⁵
3. Fazer um rápido estudo da situação de emergência ocorrida e avaliar as potencialidades e possibilidades. Este ponto resume-se à ideia de que se deve tentar compreender a situação no total, questionando o indivíduo com perturbações de modo a compreender o que o levou ao estado em que se encontra.
4. E finalmente aceitar as próprias limitações. – Este último ponto refere-se à generalidade da situação. É necessário estabelecer prioridades e manter a ordem na unidade. Têm de ser analisadas as tarefas a cumprir e compreender se são passíveis de ser realizadas no contexto pessoal. O treino específico para situações de emergência também serve como suporte emocional para as situações de crise, pois sendo capaz de compreender (de forma racional) determinada situação, e ser capaz de saber reconhecer as situações que daí podem resultar, é considerado como um “bom antídoto para a ansiedade”.

Neste documento são ainda estabelecidos quais os primeiros socorros a adoptar, para cada uma das reacções anteriormente mencionadas. No caso das **reacções normais**,

¹⁰⁴ PT/AHM/FE/040/0623, Estado-Maior do Exército, Caderno n.º 3, 1956.

¹⁰⁵ *Ibidem*.

bastará uma palavra de encorajamento de modo a acelerar o processo de aceitação e recuperação do autocontrole.

Já para situações em que um indivíduo se encontre em **pânico**, é necessário que exista uma evacuação imediata. Não é possível conversar com uma pessoa que se encontre neste estado. Se não houver possibilidade de evacuação imediata deve ser colocado sob guarda de modo a que não fuja. É ainda aconselhado que “*não se deve esbofetear um indivíduo em pânico, nem molhá-lo com água fria*”.

Para as situações onde exista **depressão** é aconselhado que se criem sugestões positivas de modo a guiar o indivíduo de volta ao estado normal. Calma e segurança auxiliam este tipo de pessoas a voltar ao seu auto-controle.

Os indivíduos que sofram de **super-actividades** não irão ser facilmente chamados à razão. Mas, serão capazes de dar mais atenção do que os indivíduos em pânico. Deve dar-lhes actividades que os mantenham ocupados, e não discutir com eles.

Aos que se encontram em **estado de choque**, deve-se fazê-los entender que estamos interessados pela sua conduta. Devem dar-se-lhes tarefas simples que possam realizar, transformando a sua incapacidade em utilidade.

As “Lições de tratamento médico de emergência” afirmam que os sedativos só devem ser aplicados em “ultima análise”, e caso seja feito deverá colocar, junto do doente, um documento que indique o medicamento aplicado, o dia e a hora.¹⁰⁶

Após os primeiros socorros aplicados em campo, e após a evacuação, os indisponíveis seriam tratados por um médico no Posto de Socorros e Enfermaria de Batalhão. Segundo as normas 50% dos casos acabaria por ser devolvido ao serviço após este primeiro tratamento (quando isto acontece era definido que estes não sejam registados como baixas).

Os princípios do tratamento nas enfermarias de Batalhão e Regimento são os seguintes¹⁰⁷:

1. Manter uma boa disciplina

¹⁰⁶ PT/AHM/FE/040/0623, Estado-Maior do Exército, Caderno n.º 3, 1956: Lições de tratamento médico de emergência.

¹⁰⁷ PT/AHM/FE/040/0045, Estado-Maior do Exército, 1ª Repartição, 1963, p. 40: Baixas do Foro Neuropsiquiátrico em Combate.

2. Oferecer um tratamento ambulatorio que permita manter ao serviço o maior número possível de soldados.
3. Adotar uma atitude firme e compreensiva, com visão a uma recuperação da maioria dos casos que ali chegam.
4. Oferecer um ambiente propício ao descanso do soldado, de modo a combater a fadiga e exposição às situações adversas do campo de batalha.
5. Administração adequada de sedativos; tendo especial atenção a casos que sejam para evacuação para a retaguarda, de modo a não haver uma sobredosagem, e os doentes não exigiam a utilização de maca, ao serem evacuados.

De modo a terem um tratamento mais apropriado à sua situação específica geralmente eram divididos em dois grupos:

1. Soldados em início de experiência de combate.
2. Soldados que se encontram no terreno há um longo período de tempo.

Apesar de existir uma divisão, o tratamento para ambos não tinha diferenças evidentes. Numa primeira instância, consistia, quase sempre, em descanso e transmitir ao soldado uma sensação aparente de segurança.

*“Dizemos «aparentam» porque se nota com frequência que um soldado tenso, apreensivo, descansa e dorme com uma sensação de segurança num edifício que o pessoal do posto de socorros dificilmente poderá considerar como abrigo conveniente”.*¹⁰⁸

Nestas enfermarias são realizados, geralmente, dois tipos de tratamento:

1. Tratamento de fadiga;
2. “Psicoterapia conveniente”.

¹⁰⁸ *Ibidem*, p. 43.

Tratamento de Fadiga, exaustão e efeitos da exposição às intempéries¹⁰⁹

Os autores consideram que a grande maioria dos casos que chegariam aos Postos de Socorro de Batalhão e Regionais se deviam, sobretudo, ao cansaço e exposição prolongada ao *stress* da frente de batalha. Por essa razão o primeiro procedimento, deveria ser o de devolver o estado de conforto e paz ao soldado. De modo a auxiliar o soldado a alcançar este estado, o tratamento consistia na aplicação de um sedativo (com uma dose estipulada para o propósito).

*“A maior parte deles tomará, per os, quarenta a sessenta centigramas de amytal sódico, ou o seu equivalente de qualquer outro barbitúrico”.*¹¹⁰

No caso específico da guerra do Ultramar existia uma política de poupança que poderia condicionar a aplicação de sedativos e medicamentos. Os medicamentos eram dados em doses significativamente pequenas, e por norma nunca durante muito tempo.

Além da administração de um sedativo era também estabelecido que o soldado deveria receber condições de conforto como: banho, roupas limpas e secas, comida... etc. Na Guerra do Ultramar, havia no entanto uma limitação de recursos bastante significativa; os soldados tinham apenas uma farda que usavam repetidamente, até que esta estivesse num estado tal que era necessário outra. Existiam casos em que se tirava aos mortos para que fosse usada pelos vivos.¹¹¹ A utilização de roupa que tivesse vindo de um morto, poderia criar uma ligação no paciente, que passaria a associar a roupa à morte e a tudo o que o soldado via e vivia no campo de batalha.

Tratamento “Psicoterapia conveniente”.

Estes tratamentos, quando realizados nas enfermarias de Batalhão ou Regimento, seriam, quase sempre, superficiais. Os indivíduos ali chegados apresentariam tensão (devido às situações a que tinham estado expostos), e apresentariam um alerta excessivo. Este tipo de estado, dependendo da sua gravidade, poderia resultar num indivíduo instável e perigoso. Nestes casos, além do sedativo, era necessária uma terapia com base na comunicação. O médico deveria assegurar a confiança do doente na sua melhoria. A

¹⁰⁹ *Ibidem*, p. 44.

¹¹⁰ *Ibidem*.

¹¹¹ António REIS, *A minha Jornada em África: A Todos os netos a verdade que eu vi!*, 1ª Edição, Palavras e Rimas, [S.L.], 2015.

dosagem de sedativo a aplicar era a mesma do que nos casos de fadiga, ainda que, em certos casos, pudesse ser utilizada morfina e opiáceos. A utilização deste tipo de fármacos estava associado a contra-indicações não especificadas.

Os postos de socorro de batalhão/regimento têm uma reduzida capacidade de tratamento bem como de acomodação. Tal como nos casos físicos é necessária a evacuação dos casos que não consigam ser tratados num espaço de tempo apropriado. Neste caso, poderão ser evacuados para a enfermaria Divisionária (se a houver) ou directamente para o Hospital.

Nas enfermarias Divisionárias o tratamento é feito por um psiquiatra divisionário, e é estipulado um prazo máximo de 8 dias para a recuperação.

Uma vez que já receberam tratamento para a fadiga e *stress*, estes chegam “*mais calmos e menos desmoralizados*”. Por outro lado, muitos outros que chegam sofrem de um “*estado agudo de alteração completa de personalidade*”.

Desde local, os soldados que não recuperem num espaço de 8/10 dias, são evacuados para o Centro de Tratamento Neuropsiquiátrico do Exército (C. Trat. N. P.)

No C. Trat. N. P do Exército os tratamentos, apesar de semelhantes aos anteriores, são por norma mais completos. Este é o primeiro local onde o tratamento da doença mental tem valor real que vai além do descanso e de sedativos.

Os casos predominantes que aqui chegam são geralmente indivíduos que apresentam um estado de depressão profunda.

Este dispositivo está habilitado ao: “*...tratamento da fadiga e do efeito da exposição às intempéries; o alívio das privações (conforto); a psicoterapia propriamente dita*”.¹¹²

O tratamento da fadiga, privações de conforto e de casos devidos à exposição a situações adversas é igual ao realizado nos Posto de Socorro de Batalhão e Regimental, passando sobretudo pelo descanso e pela utilização de sedativos, de modo a que o soldado recupere através da sensação de conforto.

Em termos psiquiátrico o tratamento é feito consoante a técnica que o psiquiatra achar mais conveniente para a situação. É geralmente feito através da utilização de

¹¹² PT/AHM/FE/040/0045, Estado-Maior do Exército, 1ª Repartição, 1963, p. 45: Baixas do Foro Neuropsiquiátrico em Combate.

barbitúricos por via endovenosa, ou através do recurso à hipnose. O recomendado é que seja utilizada a injeção preliminar de Tiopental, podendo ser utilizado amytal sódico, mas que as normas consideram ter resultados piores.¹¹³

Nestes casos, a dosagem recomendada é de 50 centigramas de pentothal sódico dissolvidas em 10cc de água destilada, que devem ser injectados lentamente ao longo de 4 a 5 min, enquanto o paciente conta de 100 para trás. A injeção deve terminar quando a contagem se tornar confusa ou cessar completamente. Por norma são injectados entre 15 a 40 centigramas da mistura. Após a injeção, o psiquiatra deverá guiar o doente novamente ao campo de batalha, até ao momento de *stress* que levou o doente ao estado crítico ou amnésico. Este tipo de tratamento deve ser feito numa tenda, preferencialmente, num ambiente silencioso e escurecido, e estava condicionado por determinadas contra-indicações que o psiquiatra deveria ter em consideração. Neste caso é dito o seguinte:

“A utilização do Pentothal está contra-indicada nas reacções ansiosas graves com pânico e confusão (pseudo-psicoses). Estes doentes estão fixados nas suas experiências traumáticas do combate e são, na sua realidade, «presa» dessas vivências.”

Nos indivíduos que se apresentem nesta situação, o tratamento é prejudicado pela administração de um sedativo, uma vez que é necessário que estabeleçam uma conexão com o presente/realidade, e acaba por afectar de modo negativo o paciente. Como modo alternativo à utilização de sedativos, as normas indicam que se poderá utilizar a hipnose como recurso.

“Nas formações sanitárias avançadas está sempre contra-indicado o emprego de pentothal nas verdadeiras psicoses.”

O Hospital Geral era a última instância para o tratamento. Era suposto que os doentes ali chegassem, 15 a 20 dias após terem sido evacuados da linha de fogo, caso a linha de evacuação tivesse sido realizada.

¹¹³ *Ibidem.*

3. Os Serviços de Saúde da Marinha

3.1. Organização

O Decreto-Lei n.º 43 904, 11 de Setembro de 1961 estabelece a organização dos Serviços de Saúde da Marinha. Tal como já foi anteriormente referido, este diploma cria a Direcção do Serviço de Saúde Naval (D. S. S. S.) e estabelece as suas regras de organização e funcionamento.

A D. S. S. N. trata todos os assuntos referentes à saúde do pessoal da Armada bem como as condições sanitárias e higiénicas das instalações navais. Cabe-lhe ainda orientar e fiscalizar, do ponto de vista técnico, os Serviços de Saúde das Unidades e Serviços. Este órgão é dirigido pelo Comodoro Médico Naval.

Abaixo deste, e sob dependência directa do Director da D.S.S.N., funcionam o Hospital da Marinha e a Junta de Saúde Naval.

Existe ainda a Comissão Técnica de Saúde Naval. Esta é um órgão de consulta e de estudos relativos aos assuntos respeitantes à saúde. É presidida pelo Director da D. S. S. N.



Figura 17 - Esquema da nossa autoria, representando a organização administrativa dos Serviços de Saúde da Armada.

3.2. Evacuação e Hospitalização

Os feridos eram transportados para um hospital, que realizava um auto de ocorrência. Uma cópia desta ocorrência era enviada posteriormente para a Direcção do Serviço de Saúde e para o Corpo de Marinheiros da Armada.¹¹⁴

Uma grande maioria dos feridos da Armada era tratada inicialmente nos dispositivos civis (Luanda). Após o tratamento inicial, era redireccionada para o Hospital Militar de Luanda, realizando “consultas externas”. Quando não existia possibilidade de tratamento nos Hospitais da Província, os doentes eram enviados directamente para o Hospital do Ultramar em Lisboa, desde que existisse um parecer positivo da Junta de Saúde da Província.¹¹⁵

Para a Evacuação para a metrópole, em 1962 em Luanda, era necessário estar de acordo com os seguintes parâmetros¹¹⁶:

1. Em primeiro lugar o militar da Armada só poderia voltar à metrópole devido a doença ou incapacidade física, após ter sido presente a uma **Junta de Saúde Naval**, que deveria emitir um parecer favorável, a ser posteriormente aprovado pelo Ministério da Marinha.
2. Em determinados casos, quando se tratasse de pessoal pertencente à lotação do Comando Naval, os doentes poderiam ser presentes à **Junta Hospitalar de Inspeção**.
3. No caso do pessoal dos navios, devem ser presentes à **Junta de Saúde Naval**.
4. Em todos os casos a evacuação só poderia ser feita uma vez autorizada por Lisboa. Sendo excepção os casos urgentes (que têm autorização para evacuação imediata de emergência).

Em 1962, a burocracia e medidas adoptadas pela Armada para a evacuação dos seus homens levou a que o Hospital Militar de Luanda envia-se um parecer à

¹¹⁴ Arquivo Histórico da Marinha: DOCUMENTO - 991. M.15.8 - Doentes e Feridos – Evacuação. 1962.

¹¹⁵ *Ibidem*.

¹¹⁶ *Ibidem*: Parecer do 2º Comandante Camões Godinho Capitão-de-mar-e-guerra. Nota n.º 965/62 – Sec. 4.4.1962

Superintendência dos Serviços da Armada e à Direcção do Serviço de Saúde Naval, no qual pedia que fossem adoptadas as mesmas medidas que eram utilizadas para os feridos do Exército e da Força Aérea. Estas alterações consistiam:

1. Os militares da Armada que estivessem em serviço na área de comando naval de Angola, que necessitassem de mais de 60 dias de tratamento, passariam a ser submetidos somente à Junta Hospitalar de Inspecção para serem evacuados para a metrópole. Com o intuito de reduzir o tempo de resposta, e consequentemente o seu transporte para a metrópole.
2. Os militares da Armada afastados da sua unidade por mais de 30 dias deveriam ser substituídos passados os primeiros 30 dias da sua ausência.

A Evacuação para a metrópole dos militares da armada podia ser feitos quer por via aérea (através do serviço de Evacuação da Força Aérea cujos serviços estavam à disposição destas forças.) Ou por via marítima, caso a sua evacuação não fosse considerada grave ou urgente.

A situação de evacuação e hospitalização das forças navais só ficou devidamente legislada com a publicação de uma Ordem da Armada¹¹⁷ relativa a este assunto, e que teria um carácter temporário. Esta ordem determinava que quando houvesse internamento nos hospitais militares das províncias, de militares da armada das guarnições das unidades navais atribuídas aos comandos navais e defesas marítimas territoriais do Ultramar, estes deviam ser submetidos a juntas hospitalares de inspecção. Só se existisse um parecer positivo é que os militares poderiam ser evacuados para a metrópole.

Esta evacuação deixava de exigir a necessidade de autorização por parte do Ministério da Marinha. Ao retirar esta exigência, diminuía o tempo de resposta, e consequentemente tornava todo o processo de evacuação mais rápido e eficiente.

A apresentação de oficiais à Junta de Saúde Naval (J. S. N.) foi regulamentada através de outra Ordem da Armada.¹¹⁸

¹¹⁷ O./A., 1ª série, n.º 32, de 5-8-1963.

¹¹⁸ O./A., 1ª serie n.º 60 de 11-12-1963.

Os processos relativos aos oficiais deviam dar entrada na secretaria da Junta de Saúde 24h antes da data de audiência por intermédio da Direcção do Serviço do Pessoal. Já as guias de apresentação deveriam dar entrada na J.S.N. até às 11h do dia da audiência. Já a apresentação dos oficiais podia dar-se até às 12:25h.

Relativamente à metodologia em relação aos acidentados, uma norma lançada a 23 de Abril de 1963.¹¹⁹ Esta visava criar um consenso no que tocava às medidas a adoptar nos casos de acidentes ocorridos em serviço. A partir deste momento passavam a ser adoptadas as seguintes normas:

1. Quando sucedesse uma baixa, devido a combate ou desastres, ocorridos em serviço, fosse oficial, sargento ou praça, o caso deveria ser participado ao comandante, director ou chefe de serviço, apresentando as circunstâncias em que o acidente teria ocorrido. Nesta declaração devia estar presente o nome do ferido, o seu número e posto, a hora e dia em que entrou ao serviço e o momento em que ocorreu o acidente. Deveria acrescentar-se ainda o conhecimento do acidentado relativo às circunstâncias do acidente. Tudo de modo a facilitar averiguações futuras.
2. À participação deve juntar-se informação relativa aos pormenores do tratamento incluindo exames, medicamentos dados, etc. De modo a, caso houvesse necessidade de evacuação, existisse uma ficha médica que permitisse a optimização do tratamento ao doente.
3. Esta participação ficava registada no Livro de Visita Médica Diária, e devia conter uma nota respectiva à participação dos eventos ao comando ou direcção.
4. As circunstâncias em que se deu o acidente (dia, hora, local, testemunhas, etc) deveriam ser estudadas pelo oficial de dia ou quarto.

¹¹⁹ O./D.S.P., 1ª série, n.º 37 de 23-4-1963.

5. O comandante, Director ou Chefe, levantava um auto de ocorrência após tomar do conhecimento do sucedido. Este auto deve conter todas as circunstâncias conhecidas relativas ao acidente; as suas prováveis causas, e certificação de que aconteceram em serviço, de que as lesões eram derivadas do acidente em questão e das possíveis consequências futuras.
6. Os autos (juntamente com um cópia do mesmo) eram visados pelo comandante (em todas as folhas do documento), e deveriam ser enviados à superintendência dos Serviços da Armada. Estes eram, na Direcção do Serviço de Saúde, compilados e estudados de modo a que permitir à Direcção propor tratamento, intervenções cirúrgicas, ou outros serviços, respeitantes a cada situação.
7. No livrete de saúde, em folha especial, ficava registado o acidente. Ficava também registado no livro de visita médica da unidade, de modo a que existisse um historial médico do militar.
8. Se ao terminar o processo, o acidentado estivesse noutra unidade, era nesta nova unidade que eram feitos os respectivos registos em relação ao acidente.
9. A avaliação da existência de uma incapacidade para o serviço, era realizada pela Junta de Saúde Naval, único órgão que podia atribuir o estatuto de inválido.

Relativamente às causas que justificavam a incapacidade de prestação de serviços, foram também estabelecidas em 1963, através de uma outra Ordem da Armada.¹²⁰

A) Juntas Hospitalares de Inspeção

Em 1962 é regulamentado o funcionamento das Juntas Hospitalares de Inspeção (J. H. I.) nas províncias Ultramarinas.¹²¹

¹²⁰ O./A., 1ª série, n.º 32, de 5-8-196

¹²¹ O./A. N.º 122 de 25-6- 1962.

Este regulamento declara que, onde existissem médicos militares suficientes, fosse constituída uma J.H.I, na capital das províncias. À presidência estaria o oficial médico mais graduado, que poderia ser de qualquer ramo das forças armadas e não obrigatoriamente da marinha.

Quando não existisse um número de médicos militares suficiente para a constituição da J.H.I., ou estes estivessem dispersos pelo território, as Juntas deveriam ser constituídas por:

1. Um presidente – Oficial Superior, oriundo de qualquer ramo das forças armadas. Preferencialmente tratar-se-ia de um oficial do Serviço de Saúde.
2. Vogais – Dois médicos, sendo que pelo menos um deles deveria ser militar. Quando necessário o médico civil deveria ser contratado ou requisitado através do Serviço de Saúde da Província.
3. Secretário – Oficial Subalterno de qualquer serviço da guarnição da Província.

Quando, numa província, não existissem médicos militares, os serviços das J. H. I. seriam realizados pelas Juntas de Saúde da Província.

As decisões resultantes das J.H.I. tinham de ser homologados ora pelo Comando-Chefe, nas províncias em que o comando das Forças Armadas estivesse Unificado; ora pelos Comandantes Superiores das Forças Armadas, ou ainda, pelos Comandantes Superiores das Forças de cada ramo, consoante a situação.

No caso da Força Aérea e Exército a passagem dos militares à situação de reserva ou reforma não tinha de ser aprovada por um titular do departamento do ramo a que pertenciam. Já a marinha exigia que os militares da Armada fossem presentes à Junta de Saúde Naval.

As juntas de recurso às J. H. I. funcionavam em Lisboa tanto no hospital Militar principal como no Hospital da Marinha e na Direcção do Serviço de Saúde da Força Aérea.

4. Serviços de Saúde Cívica

Tal como foi referido anteriormente, os Serviços de Saúde Cívica funcionavam em articulação com os Serviços de Saúde Militares. Uma parte significativa do pessoal médico, responsável pelos dispositivos médicos, cívica era militar. Existiam ainda acordos e estratégias de apoio mútuo, que cruzavam os Serviços de Saúde Militares com os Cívica. Exemplo desta cooperação poderá ser o acordo entre Hospital Regional do Luso e a enfermaria militar, já anteriormente mencionada. Deste modo, os S. S. Cívica contribuíam para o sucesso do serviço médico ultramarino.

Um dos maiores problemas, com que os Serviços de Saúde Cívica se confrontavam, era as doenças endémicas. Existiam ainda os problemas relativos à sanidade e aos factores humanos e sociais dos territórios. Esses factores estavam ligados ao subdesenvolvimento e também pelo, ainda diminuto, conhecimento relativo às doenças e vírus tropicais Africanos.

Em suma podem contar-se cinco razões principais que explicam a situação médica débil no Ultramar Português.

1. O clima;
2. Fraca produtividade do solo;
3. Pobreza;
4. Doenças Endémicas;
5. Condições sanitárias das populações (falta de água canalizada, sistema de esgotos, etc.).¹²²

Em relação ao clima não havia nada que pudesse ser feito para o alterar ou modificar os efeitos deste sobre o território. A produtividade do solo e a pobreza são problemas do campo da economia. Sobram os últimos dois pontos, os únicos de interesse para o presente capítulo.

Para combater estes dois problemas o Sistema de Saúde teve de evoluir-se e adaptar-se. Nesse sentido, a Guerra do Ultramar representou uma viragem para estes S. S. e um

¹²² SAMUELS, M. e BAILEY, N. – *Education, Health, and Social Welfare*. Portuguese Africa. Pall Mall Press. Londres, 1969. p. 190.

crescente desenvolvimento, já que, anteriormente, apesar de declarar que a sua missão nos territórios africanos era a de “*melhorar as condições de vida, educação, bem-estar e saúde dos nativos*”¹²³, os esforços que a metrópole aplicava nos territórios eram, quase exclusivamente, de matriz económica e religiosa.

Só após a Segunda Guerra Mundial começam a surgir acções e campanhas de investimento nos territórios Africanos que visam o efectivo melhoramento da vida dos indígenas. Um destes exemplos é o caso do Governador Sarmento Rodrigues. Este iniciou um programa de construções de Postos de Saúde no interior do território da Guiné. O objectivo destes era o de oferecer serviços básicos de saúde às populações rurais. Apesar desta mudança na dinâmica dos serviços, a grande maioria dos cuidados de saúde continuavam a ser feitos por missionários protestantes. A presença destes missionários só diminui a partir da década de 60, com o início dos conflitos. Como consequência, foi necessário aumentar a capacidade dos S.S. de modo a conseguir dar respostas às necessidades nos territórios

A assistência no Ultramar era gratuita e acessível a todos. Tal como nos Serviços Militares não devia haver distinção de doentes, nem se poderia negligenciar no tratamento de uns e outros. Tal como já fizemos anteriormente referência o Decreto-Lei n.º 43 353 de 1960 marca um salto qualitativo no estado do conhecimento epidemiológico ultramarino. Com o intuito de consolidar as mudanças no Sistema de Saúde no ultramar, dois anos depois, Salazar pediu à O. M. S. que realizasse uma avaliação qualitativa dos serviços de saúde nos territórios do Ultramar Português. Deste pedido resultou o 3º relatório da O.M.S.

Apesar de o orçamento aplicado ser cada vez maior, não era suficiente para responder às necessidades de saúde cada vez mais prementes. Uma das soluções apresentadas por Norman Bauley e Michael Samuels passava pelos sindicatos. Estes, segundo os autores, eram uma peça fundamental da assistência na saúde das áreas urbanas.¹²⁴

Um dos maiores problemas do S. S. era a falta de pessoal, com a agravante de que eram construídas cada vez mais estruturas de apoio médico-sanitário, produzindo locais

¹²³ Philip J. HAVIAK, «Reconsidering indigenous health, medical services and colonial rule in Portuguese West Africa», in *O Colonialismo Português: Novos rumos da historiografia dos PALOP*, Novembro, Famalicão, 2013, p. 243.

¹²⁴ SAMUELS, M. e BAILEY, N. – *Education, Health, and Social Welfare*. Portuguese Africa. Pall Mall Press. Londres, 1969. pp. 178-201.

especializados sem mão-de-obra apropriada para a realização dos seus serviços; daí a criação do curso Médico-Cirúrgico em Luanda e Lourenço Marques no ano de 1962.

A falta de mão-de-obra especializada na área da saúde foi posto em evidência por Armando Cardoso de Albuquerque, ao referir-se ao território angolano.

*“A falta de pessoal nos hospitais foi objectivo de amplos esclarecimentos. Os serviços aumentaram extraordinariamente e o pessoal continua a ser o mesmo. Daí as inevitáveis lacunas, mesmo a pouca urbanidade no trato com os doentes. Mas, dadas as circunstâncias, não é possível fazer melhor»”.*¹²⁵

Em 1963 os Serviços Sociais foram associados aos S. S. e é estabelecida uma nova regulamentação das escolas técnicas de saúde e bem-estar.¹²⁶ No ano seguinte há um aumento no interesse dos problemas sanitários, bem como no estabelecimento das estruturas orgânicas e administrativas implícitas com a publicação do Regulamento dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar.¹²⁷ Este investimento fez com que, em Angola, 300.000 habitantes nos centros urbanos e 1 milhão de habitantes dos centros rurais passam a ter abastecimento de água canalizada e sistema de esgotos.¹²⁸

Durante os anos seguintes continua a notar-se um aumento dos dispositivos médicos bem como a sua diversificação de serviços. Há também um avanço significativo de centros de pesquisa para as várias doenças endémicas e tropicais, como por exemplo a doença do sono.

Em 1969 surge novamente um estudo sobre o estado dos S. S. nos territórios africanos. O parecer final reflecte a existência de um esforço das autoridades Portuguesas em melhorar as condições médicas no Ultramar. Este terá partido de uma iniciativa do Ministro de Portugal em conjugação com o Instituto de Medicina Tropical em Lisboa e o pessoal médico das forças armadas.¹²⁹

¹²⁵ [s.a] «Saúde Pública e Assistência: Problemas da Sanidade Pública Expostos pelo Director dos Serviços de Saúde», in *Boletim Geral do Ultramar*, n.º 454-455, Ano 39º (Abril/Maio), Lisboa, 1963, p. 211.

¹²⁶ SAMUELS, M. e BAILEY, N. – *Education, Health, and Social Welfare*. Portuguese Africa. Pall Mall Press. Londres, 1969. Pp. 178-201.

¹²⁷ Vide, *Diário do Governo*, I Série, n.º 19, 23.I.1964: Decreto n.º 45 541.

¹²⁸ *Ibidem*.

¹²⁹ *Ibidem*.

4.1. Os Serviços de Saúde

Em 1960, a administração dos Serviços de Saúde regia-se pelo Dec-Lei n.º 43 353. Este foi criado tendo em conta a nova situação sanitária com o desenvolvimento e investimento, cada vez maiores, nos territórios Ultramarinos. Este enquadra os S. S. numa “*organização ampla e capaz de acompanhar a evolução, que começa a ocorrer neste serviço*”¹³⁰ e atribui-lhe funções de ensino, prática de auxiliares e investigação científica. Tendo em consideração “*«que no plano da saúde ultramarina há circunstâncias ecológicas, culturais, religiosas, geográficas, que requererão sempre uma feição técnica e uma estratégia especiais, próprias, na sua execução»*”.¹³¹

Em termos de organização, este decreto estabelece que, a Direcção-Geral de Saúde e Assistência do Ultramar, responde directamente ao Ministro. Tem, como principais funções:

1. O estudo de medidas profilácticas e terapêuticas;
1. Prevenção e combate das endemias e epidemias;
2. Protecção dos grupos vulneráveis;
3. Protecção Social e de “*calamidades públicas*”
4. Cumprir e fazer cumprir as leis, tratados e convenções sanitárias.
5. Estabelecer normas sanitárias;
6. Realizar estudos que “importem à defesa e protecção da saúde”, combate a doenças, e de assistência social.
7. Propor ou dar parecer sobre a participação, dos seus serviços ou pessoal, em conferências internacionais sobre todos os assuntos relativos à saúde e sanidade.
8. Promover a criação de bolsas, subsídios de estudo, e cursos de médicos, farmacêuticos, enfermeiros, agentes sanitários, assistentes sociais ou outros técnicos de saúde ou assistência.

¹³⁰ [s.a] – «Direcção-Geral de Saúde e Assistência», in *Boletim Geral das Colónias*, n.º 427-428, Ano 37º (Janeiro-Fev), Lisboa, 1961, p. 346.

¹³¹ *Ibidem*.

9. Coordenar, orientar e fiscalizar os Serviços de todos os estabelecimentos de saúde e assistência.
10. Elaborar normas para a construção e melhoramento de dispositivos médicos, publico ou particular.¹³²

A Direcção-Geral de Saúde e Assistência têm duas repartições distintas com competências próprias: A Repartição de Saúde e Higiene e a Repartição de Assistência.

A Repartição de Saúde e Higiene é responsável pelos problemas de “*doutrina e técnica sanitárias*”.¹³³ O chefe desta repartição é escolhido entre os “*médicos de 1.ª classe do quadro comum do ultramar que por serviços prestados possuam demonstrada competência e servirá em comissão ordinária*”.¹³⁴

A Repartição de Assistência, por sua vez, ocupa-se dos problemas de “*doutrina e técnicas assistenciais*”.¹³⁵ O chefe da Repartição de Assistência é escolhido entre os “*diplomados com curso superior que, pelas suas especiais qualificações ou serviços prestados, possuam para isso demonstrada competência e idoneidade*”.¹³⁶

Tal como sucedeu nos Serviços de Saúde Militares, proceder-se-á à divisão entre os **Órgãos Administrativos** e **Órgãos de Execução**.

4.1.1. Órgãos de Administração

O **Director-Geral de Saúde e Assistência do Ultramar** é responsável por administrar todos os serviços da Direcção-Geral. É presidente do Conselho de Saúde e Higiene, do Conselho de Assistência e também da Junta Médica de Recurso.

Inspectores Superiores de Saúde e Assistência realizam inspecções aos serviços da Direcção-Geral e todas as outras entidades relacionadas com a saúde e higiene; além disto, têm muitas outras funções como por exemplo missões que lhes sejam atribuídas pelo Ministro ou pelo Director-Geral de Saúde e Assistência do Ultramar; realizar relatórios e estudos sobre o estado da saúde, higiene e social; sugerir medidas e exercer a

¹³² Para um esclarecimento das funções detalhadas da Direcção-Geral de Saúde e Assistência, veja-se Dec.-Lei n.º 43 353.

¹³³ Veja-se Art.º 21, do supra-referido Dec.-Lei.

¹³⁴ Art.º 24.

¹³⁵ Art.º 23.

¹³⁶ Art.º 25

direcção da execução de projectos em que participem mais do que um serviço ou organismo. Os Inspectores são escolhidos pelo Ministro. Os candidatos são todos os médicos do quadro de saúde do Ultramar que exerçam cargo de Directores dos Serviços de Saúde, ou outros cargos de direcção, podendo também, tratar-se de médicos cujos serviços prestados tenham “*revelado particular capacidade, competência e idoneidade.*”

Os Inspectores Superiores têm como atribuições específicas. Deve cooperar com as autoridades administrativas na execução e fiscalização das leis e normas técnicas, prestar esclarecimentos de ordem técnica e administrativa, sugerir reformas e elaborar cadastros das instituições e estabelecimentos sujeitos às inspecções.

Conselhos de Saúde e Higiene, e Conselho de Assistência.

Segundo o Art. 18º, “*O conselho de Higiene e Saúde e o Conselho de Assistência reunirão por convocação do respectivo presidente, que de entre os vogais designará o relator para cada processo, assinando os restantes o respectivo parecer.*”

Para cada um destes órgãos são designadas funções e a sua constituição.

O Conselho de Saúde e Higiene deve emitir pareceres sobre todas as normas e assuntos de ordem técnica que lhe sejam pedidos quer pelo Ministro quer pelo Director-Geral. Este conselho é constituído por:

1. O Director-Geral de Saúde e Assistência (o qual terá a presidência do conselho);
2. Inspectores Superiores de Saúde e Assistência;
3. O Chefe da Repartição de Saúde e Higiene;
4. Director do Hospital do Ultramar;
5. Director do Instituto de Medicina Tropical (I.M.T.);
6. Professor de Higiene (Do I.M.T.);
7. Técnico Farmacêutico da Repartição de Saúde e Higiene;

8. Professores do I.M.T. (estes mudam consoante o assunto a ser discutido pelo Conselho de Saúde, uma vez que devem ser especialistas nos problemas de interesse);
9. E um representante do Ministério da Saúde e Assistência (a designar pelo Ministro);

O conselho de Assistência, tal como o Conselho de Saúde e Assistência, presta parecer sobre assuntos de ordem técnica e normativa que lhe forem pedidos. É composto por:

1. O Director-Geral de Saúde e Assistência (com as mesmas funções de presidência);
2. Inspectores Superiores de Assistência;
3. Chefe da Repartição de Assistência;
4. Director do Hospital do Ultramar;
5. Professor de Higiene do I.M.T.;
6. Directores dos Institutos de Assistência (designados pelo Ministro);
7. Representante da Direcção-Geral de Administração Política e Civil do Ministério do Ultramar;
8. E um a quatro indivíduos com especial interesse na assistência social no Ultramar (a designar pelo Ministro).

4.1.2. Órgãos de Execução

A multiplicidade de dispositivos era significativa e complexa, e englobava não só os centros de tratamento como também laboratórios e farmácias. São, então, da responsabilidade do S.S. os seguintes órgãos:

1. Hospitais Centrais;
2. Centros de Assistência;
3. Policlínicas, compreendendo S.S. variados, tais como:
 1. Serviços de Medicina;
 2. Cirurgia;
 3. Farmácia; (No ano de 1961 foi aprovado um projecto de lei que tenciona regulamentar o exercício farmacêutico nas “províncias”, e que aconselhava à instalação de farmácias em “qualquer aglomerado populacional, de modo a haver um mínimo de uma farmácia por cinco mil (5.000) habitantes. Em distritos ou aglomerados populacionais com um número de habitantes superior a dez mil (10.000), as farmácias têm de ser instaladas a uma distância de quinhentos (500) metros entre si”.¹³⁷)
4. Radiologia;
5. Fisioterapia;
6. Mecanoterapia;
7. Roentgenterapia;
8. Anatomia patológica;
9. Estudo e Tratamento de Tumores;
10. Laboratórios de análises clínicas e bacteriológicas;

¹³⁷ [s.a] «Saúde Pública e Assistência: Farmácias», in *Boletim Geral do Ultramar*, n.º 431, Ano 37º (Maio), Lisboa, 1961, pp. 248-249. Apenas no ano de 1970 é que o projecto-lei toma forma de Decreto. Veja-se Art. 57.º do Decreto-Lei n.º 229/70 de 20 de Maio.

11. Transfusão de sangue e reanimação;
12. Maternidade;
13. Doenças infecciosas e mentais;
14. Traumatologia e ortopedia;
15. Otorrinolaringologia;
16. Oftalmologia;
17. Dermatovenereologia;
18. Estomatologia e prótese dentária;
19. Dispensários;
20. Serviços para doentes externos.

4.1.3. 3.º Relatório da Organização Mundial de Saúde

Este relatório¹³⁸ surge após um pedido, feito em Junho de 1960, pelo Governo Português à O.M.S. Foi realizado por peritos que se deslocaram a três territórios das colónias portuguesas em África: Angola, Guiné e Moçambique.

Para o território de **Angola** o relatório faz uma estatística geral para a população, e também sobre:

1. Organização dos S.S.;
2. Dispositivos Médicos;
3. Pessoal Médico;
4. Controlo de Doenças infecto-contagiosas;
5. Unidades especializadas;
6. Sanidade Ambiental;
7. Problemas de Saúde Pública
8. E finalmente um comentário a respeito das despesas governamentais no ramo da saúde.

As Estatísticas podem ser observadas na tabela abaixo.

	População Média	Número de Nascimentos	N.º de Mortes	N.º de Mortes de recém-nascidos
1961	4.875.000	96.288	19.849	2.461
1962	4.945.037	101.906	13.942	1.817
1963	5.014.582	98.356	10.573	1.694
1964	5.084.127	105.518	8.880	1.737

Figura 18 - A contabilização dos nascimentos foi feita com base nos registos de baptismo da igreja. Foram contabilizadas apenas as mortes declaradas. Tabela retirada do 3º Relatório da O.M.S.

Em relação ao segundo ponto ressalta o facto de em 1964 o território estar a sofrer mudanças a nível administrativo. Estas mudanças foram estabelecidas através do Dec.-Lei n.º 45 541. Resultando num aumento do número de distritos sanitários (de 10 para 15), e no aumento do investimento nos sectores de: Educação da Saúde e de Escolas da

¹³⁸ Este documento pode ser consultado *on line* na página oficial da O.M.S. Disponível no seguinte link: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85794/1/Official_record155_eng.pdf

Saúde; na Saúde Industrial, Medicina Preventiva, Sanidade Ambiental, Assistência aos doentes, inválidos e idosos e, por fim, o aumento da preocupação com a saúde mental, materna e infantil.

Para os dispositivos médicos assume a existência de 668 hospitais gerais e instituições de tratamento perfazendo um total de 12 605 camas (2.5 camas por cada 1.000 habitantes). Em termos de dispositivos enumera a existência de: 94 Hospitais Gerais, 81 Hospitais Rurais, 428 Centros médicos sem médico, 51 Maternidades, 11 centros leprosos, 1 Hospital de Doenças infecto-contagiosas, 1 Hospital de tuberculosos e 1 Hospital Psiquiátrico.

As consultas externas apontam para um número de 17 hospitais, 152 Centros de Saúde (públicos e privados) e 693 Centros de Socorros médicos (também públicos e privados).

Sobre este estudo os autores Michael Samuels e Norman Bailey explicam que os dados portugueses diferenciavam dos dados obtidos pela O.M.S. pela barreira linguística e definição de conceitos. Por um lado, o relatório considera como hospitais todas as clínicas e semelhantes, enquanto nos relatórios portugueses se diferenciam estes dispositivos pela sua capacidade e tipo de tratamento que disponibilizam¹³⁹, por outro lado afirmam ainda que a contabilização das camas é feita tendo em conta apenas os dispositivos públicos e não os privados.

Para o pessoal médico. Em 1963, contam 391 médicos, dos quais 257 pertencem aos serviços públicos e 134 ao privado. Conseguindo um total de 1 médico por cada 12.825 habitantes. Contam ainda: 64 farmacêuticos e 127 assistentes de farmácia, 513 enfermeiros qualificados, 97 enfermeiras obstetras qualificadas, 545 auxiliares de enfermeiros, 30 auxiliares de obstetra, 2 Veterinários, 150 engenheiros sanitários, 21 técnicos de laboratório, 26 técnicos de Raio-X, 180 responsáveis sanitários da saúde rural e 22 microscopistas.

Foram intensificados os esforços na vacinação contra doenças infecto-contagiosas, tendo sido dadas 1.814.781 vacinas contra varíola e 377.646 contra a poliomielite.

¹³⁹ «For example, WHO considers all clinics, dispensaries, and the like as “hospitals”, while the Portuguese figures differentiate among types of medical installations». Veja-se, Michael SAMUELS e Norman BAILEY, *Education, Health and Social Welfare. Portuguese Africa*, Editor Pall Mall Press, Londres, 1969, p. 191.

Já em relação aos centros especializados contabilizam, em 1964, 42 maternidades, 1 dispensário pré-natal e 19 centros de saúde infantil. Os centros dentários trataram 4481 pacientes. Existia ainda 1 centro de psiquiatria, 6 dispensários de tuberculose, 5 equipas móveis de tripanossomíase, 2 equipas móveis de tuberculose, 1 instituto de saúde e 2 laboratórios médicos.

Em 1964 passaram a existir 308.285 habitantes nos centros urbanos e 1.074.679 habitantes nos centros rurais com acesso a água canalizada, enquanto que 251 244 nos centros urbanos e 1.026.974 nos centros rurais passaram a ter acesso aos sistemas de esgotos.

Na saúde pública estabelecem que os principais problemas são bilharzíase, parasitas intestinais e malária.

Foram gastos cerca de 4.055 milhões de escudos, dos quais 131 foram investidos nos Serviços de Saúde, o que equivalia 26 escudos por cabeça, significando um aumento de 5 escudos (quando comparado com os 21 escudos em 1961).

Para o território da **Guiné** faz a avaliação dos mesmos parâmetros além de adicionar um estudo relativo ao desenvolvimento económico e social.

A população atingia, em 1960 um total de 521.336 tendo crescido para 525.000 em 1964. Tendo uma taxa de nascimentos de 18.3 e 10.6 de morte, por cada 1.000 de população.

O Decreto-Lei n.º 45 541 influenciou o território da Guiné adicionando-lhe um distrito sanitário e passando a incluir serviços sociais e de bem-estar descritos como *“provincial departmento for health and welfare services”*.¹⁴⁰

Em 1963 a Guiné Portuguesa tinha 31 hospitais e foram admitidos 11.645 pacientes. Contava um total de camas de 839 (1.6 camas por cada 1.000 habitantes). Existia 1 Hospital Geral (320 camas), 2 Hospitais Rurais (223 camas), 25 centros médicos (218 camas), e 3 Maternidades (78 camas). Serviços externos eram oferecidos nos 3 hospitais, em 6 centros de saúde, 10 unidades de saúde, 51 postos médicos e 4 postos de primeiros socorros.

¹⁴⁰ 3º Relatório de O.M.S, p. 91.

Em relação ao pessoal contavam, em 1963, 34 médicos (numa taxa de 1 por 15.400). Existia 1 dentista, 6 farmacêuticos, 11 assistentes de farmácia, 35 enfermeiras qualificadas, 1 enfermeira obstetra qualificada, 95 auxiliares de enfermagem, 41 auxiliares de obstetra, 1 enfermeira pediátrica, 3 técnicos de laboratório, 3 técnicos de Raio-X, 1 dentista.

A malária era um problema significativo no território e por isso era distribuída medicação anti-malária durante o período 1961-1964. Além disto existiam ainda casos significativos de ancilostomose, tendo sido tratados 6 687. É neste ponto que o relatório aconselha o aprimoramento das condições sanitárias (principalmente nas áreas rurais), pois considera que só desta forma poderá ser possível erradicar a doença. Esta crítica pode ser encontrada, de forma mais aprofundada, tanto no relatório oficial como nos boletins do ultramar:

*“Sugerem contudo no ponto de vista de sanidade rural a solução do problema dos abastecimentos de água às populações, da remoção de lixo, da necessidade de uma campanha de erradicação da malária, da necessidade de criar um serviço de sanidade do meio ambiente, da melhoria do equipamento hospitalar”.*¹⁴¹

Os principais problemas de saúde pública são a malária, a tuberculose, a lepra, parasitas intestinais e tripanossomíase. Só em 1963 foram vacinadas 155.246 pessoas contra a tuberculose e 25.261 contra varíola, existindo um cada vez maior investimento nas acções de vacinação.

Contabilizam-se 24 centros de maternidade que realizam serviços de bem-estar infantil e 1 centro de saúde infantil. As unidades dentárias trataram 6.523 pacientes, e 15 novos pacientes externos atenderam à clínica de psiquiatria. Existiam ainda 2 laboratórios.

Para os anos em estudo observam a existência de uma migração das populações para as zonas urbanas. Observou-se um investimento na criação de novos dispositivos médicos e de projectos com objectivo de controlar os focos de doença mais preocupantes no território. Observam ainda que, o novo Decreto, atribuiu uma maior autonomia a certos

¹⁴¹ [s.a] «Relatório dos peritos da Organização Mundial de Saúde que em 1962 se deslocaram às províncias da Guiné, Angola e Moçambique a convite do Governo Português» in *Boletim Geral do Ultramar*, n.º 456-457, Ano 39º (Junho/Julho), Lisboa, 1963, pp. 118-119.

órgãos e departamentos da saúde, que contribuíam para o melhoramento da saúde em geral.

O orçamento de estado para 1964 atribuía um estimado de 21.349.748 escudos para o melhoramento dos Serviços de Saúde no território da Guiné¹⁴², o que equivalia a um valor de 41 escudos por cabeça.

Para o território de **Moçambique** aos parâmetros analisados para o território da Guiné adiciona-se um parágrafo relativo à investigação médica nos territórios. Contavam-se 6.578.604 habitantes em 1960, tendo crescido para 6.872.496 em 1964. Não avançam estatísticas relativas às taxas de nascimento e morte.

O governador-geral, assistido pelo secretário provincial é responsável pela administração e supervisão dos serviços de saúde e bem-estar (que são fornecidos pelos departamentos governativos e missões religiosas. Tal como nos outros territórios em 1964 os Serviços de Saúde e bem-estar foram reorganizados. Passaram a ter os seguintes departamentos: Médico, administrativo, saúde pública, serviços farmacêuticos e bem-estar. A província está dividida em regiões sanitárias, áreas sanitárias e distritos sanitários. As regiões sanitárias estão sob tutela do inspector médico, assistido por um corpo de conselheiros. Os serviços de saúde dos distritos estavam a cargo de oficiais médicos (que estão sobre a supervisão directa do chefe oficial médico da área de saúde a que pertence).

Relativamente aos dispositivos médicos, em 1964, Moçambique disponha de 395 hospitais públicos e estabelecimentos médicos (com capacidade para 10.455 camas, que não incluíam as camas de 37 maternidade privadas). A taxa de camas era de 1.5 por cada 1.000 habitantes. Segundo o relatório o número de camas dividia-se da seguinte forma:

1. 39 Hospitais Gerais com um total de 3.726 camas;
2. 83 Hospitais Rurais com 3.059 camas;
3. 189 Maternidades Públicas com 173 camas;
4. 37 Maternidades Privadas (Sem número contabilizado de camas);
5. 2 Hospitais Psiquiátricos com 700 camas;

¹⁴² Este orçamento incluía doações e outros investimentos em campanhas privadas de irradiação de doenças. Entre eles 800.000 escudos doados pela Fundação Calouste Gulbenkian para uma campanha contra a tuberculose.

6. 9 Clinicas de Tripanossomíase com 75 camas;
7. E 7 Leprosários com 1.000 camas.

Em 1964, 82 dos hospitais realizavam serviços externos bem como 82 centros clínicos, 3 dispensários, 398 postos de socorro, 3 unidades de saúde móveis e 15 unidades de Raio-X.

Em termos de pessoal, também para o ano de 1964, contabilizaram 382 médicos dos quais 223 trabalhavam no sector público e 159 no privado, com uma taxa de 1 médico por 18.000 habitantes. Existiam ainda: 29 dentistas, 173 farmacêuticos, 227 assistentes de farmácia, 7 enfermeiras obstretas qualificadas, 185 auxiliares de obstreta, 394 enfermeiros qualificados, 48 enfermeiros com qualificação de obstreta, 668 assistentes de enfermagem, 45 veterinários, 34 técnicos de laboratório, 12 técnicos de Raio-X, e 140 pessoal de saúde médico variado.

A respeito das doenças de maior relevância salientam a bilharziose, considerando-se a existência de novos focos de infestação devido aos esquemas de irrigação aplicados nos terrenos. Salientam ainda os esforços na vacinação contra a varíola, estimando que 80% da população já estaria protegido contra esta doença (só no ano de 1964 foram vacinados 1.056.726 cidadãos. Além disto, o relatório considera ainda que as diarreias são a principal causa de mortalidade infantil.

Salienta-se um projecto em desenvolvimento em parceria com a O.M.S. contra a malária, em funcionamento desde 1961, bem como campanhas contra a boubá (doença da pele) a decorrer no território. Nota-se um aumento dos casos de tuberculosos (1379 em 1961 e 1933 casos em 1964). O controlo desta doença divide os Serviços de tuberculosos por três zonas com centro em Lourenço Marques, Beira e Nampula. Cada um destes centros disponha de uma dispensaria, um sanatório, uma equipa móvel de vacinação e uma rede de dispensarias secundárias.

Contam a existência de 187 centros pré-natais e 187 centros de cuidados infantis. 82 Unidades de saúde dentária. Incluem-se ainda a existência de 82 clínicas de lepra, 9 clínicas de tripanossomíase e 4 dispensários de tuberculose.

O relatório preza ainda as pesquisas realizadas, na área da saúde, no território de Moçambique no campo da malária, bilharziose, ancilostomose, hepatite infecciosa e as anemias. Em termos orçamentais, foram gastos, em 1963, 215.2 milhões de escudos, o

equivalente a 31.7 escudos por pessoa. Além deste foram ainda utilizados 24.1 milhões para expansão e melhoramento dos dispositivos médicos do território.

4.2. Serviços de Saúde Cíveis em Angola

No que respeita à bibliografia, o território de Angola é o mais estudado e é, igualmente, o território onde se vê existir um maior investimento estatal. É no ano de 1960 imediatamente antes do início dos conflitos armados na região, que se vê surgir o Decreto-Lei n.º 43 353, que visa ter em conta as novas necessidades nos campos da Saúde e Assistência.

Em Angola, este Decreto tem especial efeito no campo da administração, com ênfase na educação da saúde, escolas da saúde, saúde industrial, medicina preventiva, sanidade ambiental, assistência aos doentes, inválidos e idosos e ainda nos serviços infantis e de maternidade. Esta nova organização, bem como o início dos conflitos, fez aumentar significativamente a utilização dos hospitais cíveis.

Em termos administrativos, este decreto promulga a criação de 5 círculos e 10 distritos sanitários.

Os cinco Círculos Sanitários eram Benguela, Bié, Huíla, Luanda e Malanje. Por seu lado, os 10 distritos sanitários (sobrepondo-se aos 15 distritos administrativos) eram:

1. Cabinda;
2. Cuando-Cubango;
3. Cuanza Norte;
4. Cuanza Sul;
5. Huambo;
6. Luanda;
7. Moçâmedes (Em Junho de 1961, a assistência sanitária, anteriormente prestada pelo Grémio dos Derivados de Pesca de Moçâmedes, em Moçâmedes, Porto Alexandre, Lucira e Baía dos Tigres passa a estar a cargo exclusivamente do Estado, e é fixado um quadro de pessoal para estas localidades.)¹⁴³

¹⁴³ [s.a] «Saúde Pública e Assistência: Assistência Sanitária», in *Boletim Geral do Ultramar*, n.º 431, Ano 37º (Junho), Lisboa 1961, p. 275.

8. Moxico
9. Uíge
10. Zaire.

Cada uma dos distritos mencionados se divide em delegações da saúde (e cada uma delas subdivide-se em Postos Sanitários). Este tipo de organização é igual em Moçambique onde a extensão do território exige uma teia de serviços de modo a serem capazes de atender às necessidades das populações.

Em Angola há dois hospitais centrais – **Hospital de Luanda e Hospital de Nova Lisboa**. Os Hospitais Regionais podem ser encontrados nas Sedes de Distrito e em algumas delegacias da saúde (Para os distritos Sanitários de Cuando-Cubango e Zaire, os Hospitais Regionais só começam a funcionar a partir de 1962).

Quase todas as delegacias disponham de instalações de internamento de doentes. Estas instalações por norma tinham capacidade para receber os doentes evacuados dos postos sanitários onde não existia assistência especializada.

Além destes, espalhados pelo território estavam os restantes dispositivos médicos (dispensários, maternidades, leprosas, etc). Para o território de Luanda foi-me possível descobrir a existência de um dispensário Pré-natal, um laboratório farmacêutico, um laboratório de análises químicas, bromatológicas e toxicológicas.

*“ Além da pirâmide fundamental, de vértice na Direcção dos Serviços (com as formações de carácter técnico dela dependentes), e de base assente em toda a extensão do território, existem serviços especializados a que nos referiremos em breves palavras”.*¹⁴⁴

São exemplos desses serviços:

1. O Serviço de combate à Doença do Sono

Com vinte e seis (26) sectores sanitários e cinco (5) grupos móveis. Cuja função é assegurar a observação de toda a população das áreas endémicas, de modo a rastrear casos novos de tripanossomíase. Faz ainda reconhecimento de casos de boubas e vacinação antivariólica. Procede ainda à quimio-profilaxia

¹⁴⁴ [s.a] «Saúde Pública e Assistência: Assistência Sanitária», in *Boletim Geral do Ultramar*, n.º 436-438, Ano 38º (Janeiro-Fevereiro), Lisboa, 1962, p. 143.

pelas diamidinas aromáticas e finalmente, assegura a assistência itinerante e educação sanitária das populações que visita.

2. E o **Serviço de Combate à Lepra**

Criado em 1959 e regulamentado em 1960. Que realiza uma prospecção intensiva por toda a província, com seis (6) circuitos motorizados móveis, leprosas e postos sanitários, administrando a conveniente terapêutica sulfónica.

Para o ano de 1966, com os avanços no desenvolvimento dos S.S. era possível contar em Angola um total de 338 hospitais e instituição de cuidados de pacientes, acumulando um total de 5.700 camas (nos hospitais estatais). Estes números equivaliam a um total de 1.1 cama por cada mil habitantes.

Existiam ainda 79 centros médicos especializados (maternidades, enfermarias de tuberculosos e equipas móveis de tripanossomíase. A capacidade do atendimento ambulatorio chegava a 865 localizações.

Em termos de pessoal médico, em 1962 foi solicitado um aumento dos quadros para o ano de 1962, de modo a preencher vagas que ficaram em aberto em 1961, e promover novas formações sanitárias, propostas também em 62. O pessoal técnico e auxiliar seleccionado tinha formação nas escolas técnicas em Luanda, Benguela Carmona, Malanje, Nova Lisboa, Sá da Bandeira e Silva Porto.

No mesmo ano, foram criados, na dependência da delegação da saúde de Camabatela, Cuanza Norte, 2 postos sanitários – Tango e Maúa. Para estes novos postos foram colocados: 1 enfermeiro de 2ª classe e um enfermeiro auxiliar de 1ª classe.

Para o ano de 1963 os dados apontam para um total de 1.787 auxiliares (incluindo: auxiliares parteiras, enfermeiros qualificados, enfermeiros de visita, e sanitários de saúde rural).

Em 1965 o número de médicos era de 492, dos quais 352 estavam ao serviço do governo.

4.3. Serviços de Saúde Cíveis na Guiné

Sobre os serviços da Guiné pouco é dito. Mesmo as fontes parecem manter um certo distanciamento deste território específico. É provável que isto sucedesse pelos conflitos violentos a decorrer nesta colónia, que tal como já foi explicado era o local onde as acções militares eram mais problemáticas. Sobre este território conseguiu-se apenas recuperar informações relativas a missões específicas de saúde a decorrer. Estas evidenciam o contínuo crescimento dos S. S. e o investimento que estes faziam contra as principais doenças da Guiné.

A Organização dos S. S. seria de forma semelhante às restantes colónias e, tal como acontecia nos serviços militares, não havia uma necessidade de existir uma rede tão grande de dispositivos médicos (pela densidade populacional, atmosfera e geografia do país...).

A Guiné estava dividida em 9 concelhos e três circunscrições. As circunscrições eram Bijagós, Fulacunda e S. Domingos. Enquanto os concelhos era:

3. Bafatá;
4. Bissau;
5. Bissorã;
6. Bolama;
7. Cacheu;
8. Catió;
9. Farim;
10. Gabú;
11. E por fim, Mansoa.

Os Serviços de Saúde eram dirigidos por uma repartição dos S.S.A. Tal como em Angola, dividiam-se em delegações da saúde. No total eram 12 as delegações de saúde e correspondiam tanto aos concelhos como às circunscrições.

No início dos conflitos armados em Angola, a capacidade dos S. S. era bastante elevada, tal como expressa o Dr. Hubert Sansarricq numa entrevista feita nos finais de 1960.

“Vejo que se trabalha bem e com entusiasmo. Durante estes dois dias visitei nos diversos circuitos algumas tabancas enfermarias e fiquei altamente impressionado (é o termo) pela maneira como os indígenas procuram o tratamento em grande número e sem relutância.

- Mas essa afluência não se regista em toda a África?

*- Não, senhor, em parte nenhuma se vê isto. Quanto a mim é um fenómeno único e que só se verifica aqui na Guiné Portuguesa. E não me pergunte a razão do fenómeno porque não lha sei der. Talvez uma questão de administração Pública talvez a índole especial dos indígenas, não sei... O que sei dizer é que em parte alguma se vê uma coisa assim em que a percentagem dos doentes que se recusam ao tratamento é diminuta”.*¹⁴⁵

Em Janeiro de 1961 foi iniciada na Guiné uma acção contra a tuberculose (acção dos serviços de saúde em parceria com a fundação Calouste Gulbenkian). Esta tinha como objectivo chegar a um quarto da população da Guiné Portuguesa, num prazo de 6 meses, (terminando em Junho.

Além da Luta contra a Tuberculose havia também um investimento também na malária, e na doença do sono. Para a malária foram distribuídos pelo território, em 1963, comprimidos grátis para o combate desta doença.

Encontrava-se, ainda, em curso uma “Missão permanente de Estudo e Combate da Doença do Sono e outras Endemias”. Esta criou 27 centros fixos de tratamento e 81 circuitos motorizados que percorriam mensalmente um circuito de 15.000km para administrar sulfonas. Esta acção fez com que fosse possível “dar alta” a 4500 doentes de Lepra. Apesar de os comprimidos funcionarem na cura, não preveniam nem tratavam as sequelas da doença, o que originou uma elevada taxa de invalidez (de vários graus).¹⁴⁶

Com as novas necessidades inicia-se na Guiné uma missão que tem por base o tratamento e prevenção destas lesões, contando para isso com um programa que incluía

¹⁴⁵ [s.a] «Saúde Pública e Assistência: A Campanha Sanitária Apreciada pelo Dr. Hubert Sansarricq», in *Boletim Geral do Ultramar*, n.º 434-435, Ano 37º (Agosto-Setembro), Lisboa, 1961, p. 260.

¹⁴⁶ Em 1962 a contagem apresentada era a de 2500 a 3000 de doentes com algum tipo de lesão derivada da Lepra.

fisioterapia, banhos de parafina, massagens, exercícios e imobilização com aparelhos de gesso. Neste sentido, é inaugurada uma secção de cirurgia para os doentes de lepra que apresentassem invalidez. Segundo as fontes, teria capacidade para operar, no mínimo, um total anual de 150 doentes.¹⁴⁷

Segundo os dados presentes nas *Resenhas Histórico-Militares* para o território da Guiné, no ano de 1962 contava-se 1 Hospital Central (em Bissau) e 3 Regionais (Bolama, Bafatá e Teixeira Pinto) e ainda 50 Postos sanitários, que em 1970 teriam aumentado para 57.¹⁴⁸ Para o ano de 1963 os *Boletins do Ultramar* apontam para a existência de 31 hospitais regionais (que permitiria contabilizar 839 camas, 1.6 por cada 1.000 habitantes) e 29 centros de saúde especializados e, em termos de pessoal médico, apontam para um total de 34 médicos na Guiné (1 por cada 15.400 habitantes) e 202 auxiliares de acção médica. Para 1970, a *Revista da Armada* aponta para um número superior contando 13 hospitais centrais, 34 hospitais regionais e 154 hospitais rurais (num total de 201) com capacidade para mais de dez mil camas). Exerciam funções 550 médicas civis e cerca de 2500 enfermeiros, acrescentando 632 médicos de assistência particular.¹⁴⁹

¹⁴⁷ [s.a] «Saúde Pública e Assistência: Campanha de Luta contra a Lepra e outras endemias e de Recuperação de Doentes de Lepra inválidos» in Boletim Geral do Ultramar, n.º 441, Ano 38º (Março), Lisboa, 1962, pp. 143-145.

¹⁴⁸ [V.A] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado Maior do Exército, Vol.3, 1ª edição, Lisboa, 1989, p. 40.

¹⁴⁹ S. MACHADO, «Ultramar: A Saúde no Ultramar», in *Revista da Armada*, n.º4, Ano I (Janeiro), 1972, p. 14.

4.4. Serviços de Saúde Cíveis em Moçambique

A extensão geográfica ocupada por Moçambique é muito superior à das restantes colónias. Por essa razão poderia parecer natural que o território tivesse à sua disposição um maior número de meios e de pessoal médico no entanto este não era o caso. Apesar de possuir um elevado número de hospitais e dispositivos médicos, bem como camas, o pessoal médico disponível era significativamente reduzido.

Para Moçambique, o Decreto-Lei 43 353 teve especial impacto sobre os Serviços de Saúde Pública, os serviços farmacêuticos e os serviços especializados no controlo de doenças endémicas.

O território de Moçambique, tal como o da Guiné, dividia-se em 9 distritos. Eram eles:

1. Niassa (Em Vila Cabral);
2. Cabo Delgado (Porto Amélia);
3. Tete;
4. Moçambique (Em Nampula);
5. Zambézia (Quelimane);
6. Beira;
7. Vila Pery;
8. Inhambane;
9. Gaza (João Belo);
10. Lourenço Marques;

Tal como nos outros territórios, a grande maioria dos distritos sanitários correspondia aos distritos administrativos, sendo ali estabelecidas as delegacias da saúde. Para o caso de Moçambique não foi possível encontrar quais seriam os distritos que correspondiam às delegacias. Sobre o assunto diz-se apenas o seguinte:

“O território de Moçambique encontrava-se dividido em círculos de saúde que, por sua vez, se dividiam em distritos sanitários e estes em delegacias de saúde, com sede

*nas povoações mais importantes e correspondendo as suas áreas, na grande maioria dos casos, às das respectivas divisões administrativas”.*¹⁵⁰

Quanto aos dispositivos médicos, a *Resenha Histórico-Militar* contabiliza perto de 1 milhar de formações sanitárias (incluindo todos os hospitais, enfermarias e centros especializados). Através do boletim foi possível saber a existência de:

1. 3 Hospitais Centrais:
 1. O Hospital Central Miguel Bombarda (Em Lourenço Marques);
 2. O Hospital Central Rainha D. Amélia (Na Beira);
 3. E o Hospital Central de Nampula;
2. 12 Hospitais Regionais (Localizados nas sedes dos distritos e centros populacionais de maior importância).
 1. 51 Enfermarias Regionais (localizadas nas sedes das delegacias de Saúde). Estas realizam serviços de medicina e pequena cirurgia, doenças infecciosas e serviço para os doentes externos;
 2. 76 Delegacias de Saúde (a funcionar nas sedes dos concelhos, circunscrições e postos administrativos). Cada uma destas Delegacias dispõe de 1 médico que é auxiliado por um ou mais enfermeiros europeus, enfermeiros auxiliares, parteiras ou outro tipo de pessoal médico;
 3. Postos Sanitários (Dispersos pelas delegacias da Saúde). São divididos em duas categorias:
 1. Postos de 1ª Classe – com enfermeiro Europeu
 2. Postos de 2ª Classe – com enfermeiros auxiliares.
1. Maternidades Rurais, onde se encontram enfermeiras parteiras auxiliares. (Em 1961 funcionavam no território um total de 177 maternidades, que estavam distribuídas pelos 9 distritos). Estas

¹⁵⁰ [V.A.] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*, Estado-Maior do Exército, Vol.4, 1ª Edição, Lisboa, 1989, p. 46.

maternidades têm salas de trabalho de parto, salas de intervenção, enfermarias e casa de enfermaria.¹⁵¹

2. 41 Dispensários e Postos de Puericultura (espalhados por 7 distritos).¹⁵²
3. Por fim, Moçambique disponha ainda de um Instituto para Pesquisa Médica, que tinha capacidade para treinar e qualificar pessoal médico. Além disto realizava estudos de combate à bilharzíase.

Em 1961 o Hospital de Lourenço Marques internou 29.521 doentes. O da beira 7103 e o de Nampula 2757. Os restantes internamentos foram distribuídos pelos hospitais regionais e outras formações sanitárias. O número de operações de grande cirurgia em toda a província foi de 135.333. Sendo 37.766 no Lourenço Marques, 8764 na beira, e 7684 em Nampula.

Durante o ano de 1961 estiveram internados 96.334 doentes. Não foi possível obter dados que permitissem esclarecer os números de pessoal médico capaz de atender a um tão elevado número de doentes. Os únicos dados que possíveis de recolher dizem respeito ao ano de 1964. Neste ano existiam 382 médicos (223 ao serviço do Governo), o que dava cerca de 1 médico por cada 17.800 pessoas, e ainda 1.962 auxiliares.

¹⁵¹ Durante o ano de 1961 foram assistidas 41.576 grávidas e nasceram 39.468 crianças, nestes dispositivos. Muitas das grávidas, segundo as fontes, não conseguiam chegar a tempo às maternidades devido à distância, sendo esta a razão apresentada para a diferença entre as assistências e os nascimentos.

¹⁵² [s.a] «Saúde Pública e Assistência: Movimento Hospitalar», in *Boletim Geral do Ultramar*, n.º 448, Ano 38º (Outubro), Lisboa, 1962, p. 218.

5. Conclusão

A proximidade temporal com a Guerra de África condiciona a vários níveis o seu estudo. Apesar desta condicionante já foram publicados alguns estudos significativos, versando essencialmente sobre as dimensões políticas e militares. Por seu lado, o nosso trabalho, centrou a sua atenção na acção dos Serviços de Saúde no espaço ultramarino durante o período dessa mesma luta militar (1961-1974).

A falta de distanciamento cronológico deste mesmo acontecimento político-militar torna a sua análise mais complexa. Ainda hoje existem muitas opiniões opostas sobre a situação vivida nos territórios africanos, incluindo a própria denominação para essa mesma conflitualidade, já que existem três designações distintas. São elas: Guerra Colonial, Guerra do Ultramar e Guerra de África. As duas primeiras não têm a capacidade necessária à neutralidade, razão pela qual acabou por se escolher a designação de Guerra de África. No segundo caso, porque a cronologia dos Serviços de Saúde distingue-se ligeiramente da cronologia dos conflitos armados. Outro problema da proximidade temporal é a dificuldade no acesso a determinada documentação que, pelo seu carácter, só pode ser acedida passado um determinado período de tempo.

Apesar das várias dificuldades observadas, podemos concluir que:

-Os Serviços de Saúde Militares funcionavam em paralelo com os Serviços de Saúde Cíveis, principalmente no período inicial dos conflitos, no território de Angola. Os S. S. Militares não dispunham de certos Serviços, razão pela qual os militares tinham, muitas vezes, de recorrer aos Serviços Externos dos Hospitais Cíveis. Por seu lado, a falta de pessoal e recursos fazia com que existisse uma necessidade de inter-ajuda entre uns serviços e outros, como acontecia nos casos em que o pessoal médico militar se encontrava a trabalhar em dispositivos cíveis.

-As Forças Armadas criaram uma extensa rede de apoio, direccionada sobretudo para o conflito armado. Fizeram-no adaptando as normas e técnicas que existiam anteriormente, de modo a maximizar a sua eficácia no terreno.

-No caso da Marinha, esta foi obrigada a adaptar o seu modo de funcionamento, com um carácter mais burocrático, para um mais prático e rápido. Esta realidade é significativa no caso da evacuação para a metrópole. A Armada exigia que houvesse uma resposta

positiva por parte da Metrópole para a evacuação das suas baixas, o que atrasava o processo, e exigia um maior esforço, e condicionava o funcionamento dos dispositivos e Serviços médicos.

-No final dos conflitos armados os Serviços de Saúde Militares já estavam plenamente adaptados à situação, mesmo com os escassos recursos disponíveis.

-A Guerra de África foi um período de mudança gradual para os Serviços de Saúde dos 3 ramos das Forças Armadas, observando-se no final dos conflitos um sistema linear e idêntico para todos eles.

-Para os Serviços de Saúde Cíveis observou-se a existência de um esforço cada vez maior, investindo-se sobretudo em dispositivos médicos, ficando, no entanto a faltar o pessoal médico qualificado.

-Houve um investimento significativo na vacinação das populações e no combate às doenças endémicas.

Numa nota final, pensasse que seria interessante a realização de estudos específicos que focassem determinadas particularidades que não são possíveis, de abordar num estudo desta natureza, condicionado por premissas de tempo e de dimensão, como por exemplo: estudo comparativo entre o Sistema de Saúde Português com outros Serviços de Saúde de conflitos armados da mesma época, como é o caso do Vietname; assim como o estudo de natureza prosopográfica sobre o pessoal médico que serviu no Ultramar.

6. Fontes e Bibliografia

6.1. Fontes

- **Arquivo Histórico da Marinha**

1. Doc. N.º2018 – *Leis e Disposições Regulamentares da Armada* (1961).
2. Doc. N.º 991 M.15.8 – *Doentes e Feridos – Evacuação* (1962)
3. Doc. N.º 991 M.11.08. – *Evacuação* (1962).
4. Doc. N.º2018 – *Leis e Disposições Regulamentares da Armada* (1962).
5. Doc. N.º2018 – *Leis e Disposições Regulamentares da Armada* (1963).
6. Ordens da Armada 1ª Série, N.º32, de 5 de Agosto de 1963.
7. Doc. N.º2018 – *Leis e Disposições Regulamentares da Armada* (1964).
8. Doc. N.º 1021 M.15.11 – *Doentes/Feridos/Evacuação* (1965).

- **Arquivo Histórico Militar**

1. PT AHM/Div/2/7/111/002 – *Apoio Logístico na R.M.M.*
2. PT AHM/Div/2/2/171/003 – *NEP Hospital Militar de Luanda.*
3. PT AHM/Div/2/2/167/008 – *Hospital Militar de Evacuação do Luso*
4. PT/AHM/FE/040/0395 - *Regulamento de Campanha. Serviços.* (1956). Lisboa.
5. PT/AHM/FE/040/0623 – *Lições de tratamento médico de emergência.* (1956). Lisboa.
6. PT/AHM/FE/040/0045 - *Baixas do Foro Neuropsiquiátrico em Combate.* (1963). Mafra

7. PT/AHM/FE/040/0525 – *O Exército na Guerra Subversiva* (1963-1966).
8. PT/AHM/FO/006/J/27 Caixa 611/9 – *Ultramar: Reorganização dos Serviços de Saúde de Angola* (1964).
9. PT AHM/Div/2/4/256/0001 – *Hospital Militar 241* (1966-1967).

• **Boletim Geral das Colónias**

1. Colaço, Amadeu Teixeira – *Saúde e Higiene*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Maio de 1951. N.º 311 ano 27. Pp. 59-70.
2. [s.a] – *Direcção-Geral de Saúde e Assistência*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Janeiro-Fev. 1961. N.º 427-428. Ano 37º. Pp.345-347.
3. [s.a] – *Saúde Pública e Assistência: instituto de Assistência Social*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Janeiro-Fev. 1961. N.º 427-428. Ano 37º. Pp.387-388
4. [s.a] – *Saúde Pública e Assistência: Hospital de Macúti*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Janeiro-Fev. 1961. N.º 427-428. Ano 37º. P.426.
5. [s.a] – *Saúde Pública e Assistência: Instituto de investigação Médica*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Janeiro-Fev. 1961. N.º 427-428. Ano 37º. P.427.
6. [s.a] – *Saúde Pública e Assistência: Hospital de Luanda*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Março-Abril. 1961. N.º 429-430. Ano 37º. P.291
7. [s.a] – *Saúde Pública e Assistência: Dispensário Materno-Infantil de Carmona*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Março-Abril. 1961. N.º 429-430. Ano 37º. P.292.
8. [s.a] – *Saúde Pública e Assistência: Serviços de Combate à Lepra*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Março-Abril. 1961. N.º 429-430. Ano 37º. P.293.
9. [s.a] – *Saúde Pública e Assistência: Fundo de Assistência*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Março-Abril. 1961. N.º 429-430. Ano 37º. P.294.

10. [s.a] – *Saúde Pública e Assistência: Sector Sanitário do Cuando*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Março-Abril. 1961. N.º 429-430. Ano 37º. P.294.
11. [s.a] – *Saúde Pública: Campanha contra a tuberculose*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Março-Abril 1961. N.º 429-430. Ano 37º. P.376.
12. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Preventório Antituberculoso de Luanda*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Maio 1961. N.º 431. Ano 37º. Pp. 247-248
13. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Hospitais Cíveis de Luanda*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Maio 1961. N.º 431. Ano 37º. P. 248.
14. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Farmácias*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Maio 1961. N.º 431. Ano 37º. Pp. 248-249.
15. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Plano Hospitalar*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Maio 1961. N.º 431. Ano 37º. Pp. 249-250.
16. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Assistência Sanitária*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Junho-Julho 1961. N.º 432-433. Ano 37º. P. 275
17. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Assistência Médico-Sanitária às populações*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Junho-Julho 1961. N.º 432-433. Ano 37º. Pp. 275-279
18. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: A Campanha Sanitária Apreciada pelo Dr. Hubert Sansarricq*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Agosto-Setembro, 1961. N.º 434-435. Ano 37º. Pp. 258-262.
19. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Hospital da Missão Católica do Vouga*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Outubro-Dezembro, 1961. N.º 436-438. Ano 37º. Pp. 369-370.
20. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Boletim Epidemiológico*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Outubro-Dezembro, 1961. N.º 436-438. Ano 37º. P. 371.
21. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Assistência Sanitária*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Janeiro-Fevereiro, 1962. N.º 439-440. Ano 38º. Pp. 139-148.

22. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Boletim Epidemiológico*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Janeiro-Fevereiro, 1962. N.º 439-440. Ano 38º. P. 149.
23. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Novo Hospital Central de Nampula*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Janeiro-Fevereiro, 1962. N.º 439-440. Ano 38º. Pp. 149-150.
24. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Verbas atribuídas*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Março, 1962. N.º 441. Ano 38º. P.142
25. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Boletim Epidemiológico*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Março, 1962. N.º 441. Ano 38º. P.142
26. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Postos sanitários*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Março, 1962. N.º 441. Ano 38º. P.143
27. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Campanha de Luta contra a Lepra e Outras endemias e de Recuperação de Doentes de Lepra inválidos*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Março, 1962. N.º 441. Ano 38º. Pp.143-145.
28. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Boletim Epidemiológico*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Abril, 1962. N.º 442. Ano 38º. P.207.
29. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Prevenção e Luta Contra a Peste Bubónica*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Maio, 1962. N.º 443. Ano 38º. P.150
30. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Oferta de Ambulâncias*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Maio, 1962. N.º 443. Ano 38º. P.150
31. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Boletim Epidemiológico*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Maio, 1962. N.º 443. Ano 38º. P.152
32. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Boletim Epidemiológico*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Junho, 1962. N.º 444. Ano 38º. Pp.262-263
33. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Médicos Militares*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Junho, 1962. N.º 444. Ano 38º. P.263.
34. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Hospital Maria Pia*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Julho, 1962. N.º 445. Ano 38º. P.142.
35. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Boletim Epidemiológico*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Julho, 1962. N.º 445. Ano 38º. P.142.

36. [s.a] Saúde Pública e Assistência: Assistência Clínica. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Julho, 1962. N.º 445. Ano 38º. P.144.
37. [s.a] Saúde Pública e Assistência: Novos Postos Sanitários. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Agosto-Setembro 1962. N.º 446-447. Ano 38º. P.273
38. [s.a] Saúde Pública e Assistência: Boletim Epidemiológico. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Agosto-Setembro 1962. N.º 446-447. Ano 38º. P.27
39. [s.a] Saúde Pública e Assistência: Movimento Hospitalar. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Agosto-Setembro 1962. N.º 446-447. Ano 38º. Pp.275-276.
40. [s.a] Saúde Pública e Assistência: Cursos de Primeiros Socorros. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Outubro 1962. N.º 448. Ano 38º. P.215
41. [s.a] Saúde Pública e Assistência: Boletim Epidemiológico. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Outubro 1962. N.º 448. Ano 38º. P.216
42. [s.a] Saúde Pública e Assistência: Movimento Hospitalar. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Outubro 1962. N.º 448. Ano 38º. P.218
43. [s.a] Saúde Pública e Assistência: Contra a Poliomielite. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Outubro 1962. N.º 448. Ano 38º. P.218.
44. [s.a] Saúde Pública e Assistência: Boletim Epidemiológico. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Novembro/Dezembro 1962. N.º 449-450. Ano 38º. P.231.
45. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Campanha Antipoliomielítica*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Janeiro/Fevereiro 1963. N.º 451-452. Ano 39º. P.182.
46. [s.a] *Saúde Pública e Assistência: Problemas da Sanidade Pública Expostos pelo Director dos Serviços de Saúde*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Abril/Maio 1963. N.º 454-455. Ano 39º. Pp.209-212.
47. [s.a] *Relatório dos peritos da Organização Mundial de Saúde que em 1962 se deslocaram às províncias da Guiné, Angola e Moçambique a convite do Governo Português*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Junho/Julho 1963. N.º 456-457. Ano 39º. Pp.115-122.

48. [s.a] *Saúde e Assistência: Novo Hospital do Lobito*. Boletim Geral do Ultramar. Lisboa. Junho/Julho 1963. N.º 456-457. Ano 39º. Pp.289-290.

- **Legislação da República Portuguesa**

1. Decreto-Lei n.º 43 353 de 24 de Novembro 1960. *Diário da República* n.º 273. I Série. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa.
2. Decreto-Lei n.º 43 663 de 5 de Maio de 1961. *Diário da República* n.º 105. I Série. Subsecretariado do Estado da Aeronáutica. Lisboa.
3. Decreto-Lei n.º 43 756 de 28 de Junho de 1961. *Diário da República* n.º 148. I Série. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa.
4. Portaria 18 808 de 13 de Novembro de 1961. *Diário da República* n.º 263. I Série. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa.
5. Decreto-Lei n.º 44 131 de 30 de Dezembro de 1961. *Diário da República* n.º 301. I Série. Ministério da Defesa Nacional. Lisboa.
6. Portaria 19 349 de 14 de Agosto de 1962. *Diário da República* n.º 186. I Série. Direcção-Geral da Saúde e Assistência do Ultramar. Lisboa.
7. Decreto-Lei n.º 45 058 de 1 de Junho de 1963. *Diário da República* n.º 130. I Série. Direcção-Geral da Saúde e Assistência do Ultramar. Lisboa.
8. Decreto-Lei n.º 45 083 de 24 de Junho de 1963. *Diário da República* n.º 147. I Série. Direcção-Geral de Fazenda. Lisboa.
9. Decreto-Lei n.º 45 541 de 23 de Janeiro de 1964. *Diário da República* n.º 19. I Série. Direcção-Geral da Saúde e Assistência do Ultramar. Lisboa.
10. Decreto-Lei n.º 46 077 de 17 de Dezembro de 1964. *Diário da República* n.º 294. I Série. Direcção-Geral da Saúde e Assistência do Ultramar. Lisboa.
11. Decreto-Lei n.º 47 667 de 3 de Maio de 1967. *Diário da República* n.º 105. I Série. Direcção-Geral de Saúde e Assistência do Ultramar. Lisboa.

12. Decreto-Lei n.º 49 073 de 21 de Junho de 1969. *Diário da República* n.º 144. I Série. Direcção-Geral da Saúde e Assistência do Ultramar. Lisboa.
13. Decreto-Lei n.º 584/73 de 6 de Novembro. *Diário da República* n.º 259. I Série. Presidência do Conselho. Lisboa.
14. Decreto-Lei n.º 585/73 de 6 de Novembro. *Diário da República* n.º 259. I Série. Presidência do Conselho. Lisboa.

6.2. Bibliografia

1. [s.a] – *Colonialismo e Lutas de Libertação: 7 cadernos sobre a guerra colonial*. Porto: Afrontamento, 1978.
2. BACELAR, Sérgio – *A Guerra em África 1961-1974: Estratégias Adoptadas Pelas Forças Armadas*. Porto: Liga dos Amigos do Museu Militar do Porto e Universidade Portucalense Infante D. Henrique, 2000.
3. BRANDÃO, José. *Cronologia da Guerra Colonial: Angola-Guiné-Moçambique 1961-1974*. Prefácio – Edição de Livros e Revistas, Lda. 2008.
4. CANN, John P. – *Contra-subversão em África: Como os portugueses fizeram a guerra em África 1961-1974*. Lisboa: Prefácio, 2005.
5. LOPES, António M. e NEVES, Maria A. – *Origens e Evolução da Fisioterapia: Perspectivas sobre o contributo Militar*. O Serviço de Saúde Militar Na comemoração do IV Centenário dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal: Actas do XVI Colóquio de História Militar. Lisboa. Vol. I, 2007, Pp. 393-404.

6. CARVALHO, Luís – *A Medicina Militar Naval: A transição da Guerra Colonial para os Conflitos do Século XXI*. O Serviço de Saúde Militar Na comemoração do IV Centenário dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal: Actas do XVI Colóquio de História Militar. Lisboa. Vol. II, 2007. Pp. 837-849.
7. GRÃO, Luís – *Enfermeiras pará-quedistas*. O Serviço de Saúde Militar Na comemoração do IV Centenário dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal: Actas do XVI Colóquio de História Militar. Lisboa.. Vol. II, 2007. Pp. 639-648.
8. MARQUES, José C. e REIS, Carlos V. – *Aspectos Sanitários da Guerra Colonial: 1961-1974*. O Serviço de Saúde Militar Na comemoração do IV Centenário dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal: Actas do XVI Colóquio de História Militar. Lisboa. Vol. I, 2007, Pp. 101-123.
9. RASTEIRO, Alfredo – *CC98/BC88: 1869 Registos Médicos: Norte de Angola, 1961-1963*. O Serviço de Saúde Militar Na comemoração do IV Centenário dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal: Actas do XVI Colóquio de História Militar. Lisboa. Vol. II, 2007. Pp. 639-648.
10. FERREIRA, F.A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1990.
11. GOMES, Carlos de M.; AFONSO, Aniceto – *1961: O princípio do fim do Império*. In Os anos da Guerra Colonial. Lisboa: Cofina media, 2009.
12. HAVIAK, Philip J. – *Reconsidering indigenous health, medical services and colonial rule in Portuguese West Africa. O Colonialismo Português: Novos rumos da historiografia dos PALOP*. Famalicão: Edições Húmus, Lda, 2013.
13. HUIBREGTSE, P.k. – *Angola: The Real Story*. Alemanha. ForumDenHaag. [s.d]

14. AFRICANO, A, MARQUES, J. – *Hospital Militar de Luanda, Hospital Militar Principal: 1961-1975*. Jornal do Exército. Lisboa. N.º 601, Dezembro, 2010. P. 16-23
15. JÚNIOR, Manuel F. – *Subsídios para a História da Assistência aos Tuberculosos da Armada*. Separata dos Anais do Clube Militar Naval. Lisboa. N.1 a 3, Janeiro/Março, 1967.
16. MENEZES, António – *Guerra Subversiva e Contra Subversão: O Saber Português*. Boletim do Ensino|Investigação. Lisboa. N.º12, Maio 2012. P. 17-24
17. PACHECO, Carlos - *MPLA - Um nascimento Polémico*. Vega, 1997.
18. PATERA, Maria - *Reflections on the discourse of fear in greek sources*. In Unveiling Emotions. Vol. II. Ed. Chaniot, A., Ducrey, P. Alemanha. 2013, p. 109-134.
19. REBOCHO, Manuel G. – *Elites Militares e a Guerra de África*. [s.l.]:Roma Editora, 2009.
20. REIS, António – *A minha Jornada em África: A Todos os netos a verdade que eu vi!*. [S.L]: Palavras e Rimas, 2015.
21. SAMUELS, M. e BAILEY, N. – *Education, Health, and Social Welfare*. Portuguese Africa. Pall Mall Press. Londres.1969. Pp. 178-201.
22. AA.VV. *A Descolonização Portuguesa. Aproximação ao seu estudo*. Instituto Democracia e Liberdade. Vol. I. Lisboa. 1979
23. [s.a] *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*. Lisboa. Estado-maior do Exército, 1988. 2ª Edição. Vol.1.
24. [s.a] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*. Lisboa. Estado-maior do Exército, 1997. 2ª Edição. Vol.2.
25. [s.a] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*. Lisboa. Estado-maior do Exército, 1989. 1ª Edição. Vol.3.

26. [s.a] – *Resenha Histórico-Militar das campanhas de África: 1961-1974*. Lisboa. Estado-maior do Exército, 1989. 1ª Edição. Vol.4.

- **Periódicos**

- **Revista da Armada**

1. MACHADO, S. - *Ultramar: A Saúde no Ultramar (IV)*. N.º4 Janeiro 1972. Ano I. P. 14
2. VALE, M - *Mortos da Marinha nas Guerras do Ultramar*. N.º 214 Set/Out. 1989. Ano XIX. P.20
3. VALE, M. - *Mortos da Marinha nas Guerras do Ultramar*. N. 221 Junho 1989. Ano XVIII. P.20
4. [s.a] – *Mortos da Marinha nas Guerras do Ultramar (III)*. N.º 226 Novembro 1990. Ano XX. P.12
5. VALE, M. – *Militares da Armada mortos no Ultramar*. N.º 228 Janeiro 1991. Ano XX. P. 31

- **Revista Militar**

1. ABREU, Rui M. – *Apontamentos para a História da Medicina Militar: A Marinha*. Lisboa. N.º2455/2456, Agosto/Setembro 2006. Pp. 791-816
2. BELO, José M. – *As especificidades da logística sanitária militar*. Lisboa. 0873-7630. N.º Agosto/Setembro 2006, Pp. 983-993
3. GOMES, Albílio – *O Apoio Sanitário no Teatro de Operações: evolução do conceito à luz dos novos cenários*. Lisboa. N.º 2455/2456, Agosto/Setembro 2006, Pp. 937-950.
4. REIS, Carlos – *Brevíssima História do Serviço de Saúde do Exército*. Lisboa. N.º 2455/2456, Agosto/Setembro 2006. Pp. 817-834
5. BRAGA, Jorge da C. S. – *Angola 1961/63: Da Logística às Informações*. Lisboa. N.º 2515/2516, Agosto/Setembro 2011, pp. 979-994.

6. MESQUITA, Victor M. – *No início e no fim da Guerra em Angola*. Lisboa. N.º2513-2514, Junho/Julho 2011. Pp.821-825.
7. NUNES, António – *Recordando o Início da Guerra do Ultramar 50 anos depois*. Lisboa. N.º 2512, Maio 2011, Pp. 629-642.
8. MONTEIRO, Pedro S.- *A Logística de Portugal na Guerra Subversiva de África (1961-1974)*. Lisboa. N.º 2539/2540, Agosto/Setembro 2013. Pp. 725-764.
9. TAVARES, João M. – *A logística do Exército*. Lisboa. N.º 2535, Abril 2013.Pp. 285-299.
10. AFONSO, Aniceto - *A Republica Portuguesa e a questão Colonial*. Lisboa. N.º 2551/2552, Agosto/Setembro 2014, Pp.741-748.
11. CARVALHO, Rui P. – *Factos Relevantes da Saúde Militar nos últimos 200 anos*. Lisboa. N.º 2544, Janeiro 2014. Pp. 49-80.
12. NUNES, António L. - *Os Assaltos de 4 de Fevereiro em Luanda e o massacre de 15 de março no norte de Angola: antecedentes*. Lisboa. N.º 2545/2546, Fevereiro/Março 2014, Pp. 185-199

6.3. Webgrafia

1. <http://blogueforanadaevaotres.blogspot.pt/search/label/hospitais->
Visualizado em 21-02-2016
2. <http://blogueforanadaevaotres.blogspot.pt/search/label/Hospital%20Militar%20Principal> – Visualizado em 21-02-2016
3. <http://blogueforanadaevaotres.blogspot.pt/2008/06/guin-6374-p2955-paigc-instruo-ttica-e.html> - Visualizado em 21-02-2016
4. <https://www.youtube.com/watch?v=CW34aHxRweY> – Visualizado em 12-01-2016

5. <https://www.youtube.com/watch?v=GBnrbRLOMlo> – Visualizado em 08-02-2016
6. https://www.youtube.com/watch?v=OM9jCBjan_Y – Visualizado em 09-02-2016
7. <https://www.youtube.com/watch?v=6jtJBnrKbYo> – Visualizado em 09-02-2016
8. <https://www.youtube.com/watch?v=GBnrbRLOMlo> – Visualizado em 08-02-2016
9. <https://www.youtube.com/watch?v=5Nq8K0sgS9E> Visualizado 09-02-2016
10. <http://observador.pt/especiais/como-salazar-preparou-guerra-colonial/> - Visualizado a 03-04-2016

Índice

Resumo	4
Abstract.....	5
Abreviaturas.....	6
Agradecimentos	8
Introdução	10
1. Contextualização Histórica	14
2. Serviços de Saúde Do Exército	22
2.1. Implantação e Organização dos Serviços de Saúde do Exército	22
2.2. Organização dos S. S.	26
2.2.1. Órgãos de Direcção	27
2.2.2. Órgãos de Execução	31
2.2.3. Unidades Sanitárias dos S. S.	34
2.3. Funcionamento do Serviço de Saúde do Exército em Campanha	36
2.3.1. Serviço de Saúde da Região Militar de Angola (RMA).....	42
2.3.2. Serviço de Saúde do Comando Territorial Independente da Guiné (CTIG) .	50
2.3.2. Serviço de Saúde da Região Militar de Moçambique (RMM).....	52
2.4. Evacuação e Hospitalização.....	56
2.4.1. Evacuação	56
2.4.2. Evacuação: Enfermeiras Pára-quedistas	61
2.4.3. Hospitalização	67
2.4.4. Sistema de Evacuação e Hospitalização da RMA	68
2.4.5. Sistema de Evacuação e Hospitalização do CTIG	70
2.4.6. Sistema de Evacuação e Hospitalização da RMM	72
2.5. Serviço Neuropsiquiátrico em Campanha	74
2.5.2. Tratamento Neuropsiquiátrico	80
3. Os Serviços de Saúde da Marinha.....	88
3.1. Organização	88
3.2. Evacuação e Hospitalização.....	89
A) Juntas Hospitalares de Inspeção	92
4. Serviços de Saúde Cíveis	94
4.1. Os Serviços de Saúde.....	98
4.1.1. Órgãos de Administração	99
4.1.2. Órgãos de Execução	102
4.1.3. 3.º Relatório da Organização Mundial de Saúde.....	104

4.2. Serviços de Saúde Cívica em Angola	112
4.3. Serviços de Saúde Cívica na Guiné.....	116
4.4. Serviços de Saúde Cívica em Moçambique	120
5. Conclusão	124
6. Fontes e Bibliografia	126
6.1. Fontes.....	126
6.2. Bibliografia	132
6.3. Webgrafia.....	136